

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Jana Vlčková

Ošetrovatelská péče o pacienta s kombinovanou dialýzou

Nursing care for a patient on combined dialysis treatment

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. RN

Konzultant: MUDr. Eva Veisová

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24. 04. 2015

Jana Vlčková

Podpis

Identifikační záznam.

VLČKOVÁ, Jana. Ošetrovateľská péče o pacienta s kombinovanou dialýzou. [Nursing care for a patient on combined dialysis treatment]. Praha, 2015. 73 s., 7 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Marková, Eva.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, PhD. RN za spolupráci, cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Děkuji také celé své rodině za jejich ochotu a podporu při psaní mé bakalářské práce. Paní doktorce Evě Veisové za její ochotu vysvětlit mi některé medicínské pojmy.

Abstrakt:

Pro svou bakalářskou práci jsme zvolili téma Ošetrovatelský proces u pacienta léčeného kombinovanou dialýzou. Pacient původně léčený kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou, byl v průběhu našeho ošetrování zařazen do hemodialyzačního programu. Cílem studie bylo popsat na výjimečném případě pacienta s chronickým renálním selháním komplexnost a specifika ošetrovatelské péče, rozdílnost edukace při obou metodách a porovnat počet komplikací doprovázející dané metody. Zvolili jsme metodu případové studie, jelikož se nám jevila pro specifikaci ošetrovatelské péče vhodná. Hlavním zjištěním naší práce bylo, že počet komplikací je u pacienta léčeného kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou mnohem vyšší, než je uváděno v edukačních materiálech a než uvádějí jiné práce zpracovávající podobná témata. Edukace je tudíž velmi důležitou složkou ošetrovatelské péče u pacienta.

Klíčová slova: Hemodialýza. Insuficience ledvin. Peritoneální dialýza. Případová studie. Ošetrovatelský model Marjory Gordon. Ošetrovatelský proces.

Abstract:

We have chosen as the topic of the BSc thesis “Nursing care for a patient on combined dialysis treatment”. During our care for the patient, who had been originally put on continuous ambulatory peritoneal dialysis, the patient was transferred onto haemodialysis. Based on this exceptional case of a patient with chronic renal failure, the aim of the thesis was to demonstrate complex nature and specific aspects of nursing care and educational needs of both treatment methods and to compare number of complications associated with each. We chose the form of a case report which appeared to us appropriate for specification of the nursing care. Principal finding of our work is the fact that incidence of complications in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis is much higher than is usually stated in educational materials and other works dealing with similar topics. Education is therefore a very important component of nursing care for the patient.

Keywords: Hemodialysis. Renal insufficiency. Peritoneal dialysis. Case study. The nursing model Marjory Gordon. Nursing process.

OBSAH

Úvod.....	9
1 Insuficience ledvin	10
1.1 Charakteristika onemocnění	10
1.1.1 Akutní selhání ledvin	10
1.1.2 Chronické selhání ledvin	11
1.1.3 Prevalence chronického onemocnění ledvin	13
2 Druhy léčby ledvinného chronického selhání	14
2.1 Hemodialýza	14
2.2 Kontinuální ambulantní peritoneální dialýza	14
2.3 Historické ohlédnutí	15
2.3.1 Historie hemodialýzy	15
2.3.2 Historie kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy	16
2.4 Ošetrovatelský proces.....	16
3 Ošetrovatelský model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordon.....	19
3.1 Život Marjory Gordon	19
3.2 Dvanáct vzorců zdraví Marjory Gordon.....	20
4 Případová studie	21
4.1 Cíl práce.....	21
4.2 Metodika výzkumu	21
5 Implantace tenckhoffova katétru	24
6 Zahájení kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy a edukace	26
6.1 Edukační témata	27
7 Edukace k obsluze přístroje cycler	32
8 I. peritonitida	33
9 II. peritonitida.....	36

10	III. peritonitida	38
11	IV. peritonitida	48
12	Edukace o hemodialýze.....	50
13	Diskuze.....	57
14	Závěr.....	61
15	Seznam použitých zdrojů	62
16	Seznam použitých zkratek.....	65
	Přílohy	66

ÚVOD

Dialyzovaní pacienti tvoří specifickou skupinu chronicky nemocných lidí, kteří jsou nuceni žít s velkým omezením, jak v osobním, tak rodinném i společenském životě. Jsou pak dále závislí více či méně na přístrojové technice. Pacienti si často uvědomují svá omezení dána charakterem jejich onemocnění a na straně druhé možnost dalšího života, jenž by bez dostupnosti této metody nebyl možný. Nicméně dialyzační léčba představuje pro pacienta i jeho blízké velkou životní zátěž, způsobenou pravidelnou návštěvou dialyzačního střediska, úpravou pitného a stravovacího režimu.

Tato problematika je mi velmi blízká, vzhledem k mému dlouholetému působení na interním oddělení, které se specializuje na pacienty s insuficiencí ledvin.

Cílem bakalářské práce bylo kvalitativním výzkumným šetřením popsat ošetrovatelskou péči pacienta, u něhož během našeho ošetřování byly použity oba výše uvedené druhy dialyzačních metod. Bude zde popsán ošetrovatelský proces u pacienta, který byl několik měsíců léčen formou peritoneální dialýzy. Četné peritonitidy se staly příčinou ukončení léčby a převedení zpět na hemodialýzu. Vybraného pacienta jsme ošetřovali od ledna 2012, a od této doby se s pacientem setkáváme pravidelně. Popsali jsme jednotlivé fáze průběhu onemocnění, zaměřili se na ošetrovatelský proces. Pozornost jsme věnovali zahájení peritoneální dialýzy a následné hemodialýze. Blíže jsme se zastavili u ošetrovatelské péče týkající se speciálních potřeb, které má pacient se zavedeným Tenckhoffovým katétre a s arteriovenózní spojkou, tzv. AV Shuntem.

1 INSUFICIENCE LEDVIN

Udržení homeostázy organismu je zajišťováno v našem těle mnoha pochody a orgány. Jedním z těchto orgánů jsou ledviny. Svou nezastupitelnou funkci plní jako orgán s exkretorickou, tak i endokrinní a metabolickou funkcí. Obecně se onemocnění ledvin dělí podle ledvin, ne funkce do pěti stupňů a ty se značí CKD (z angličtiny, znamená vleklé ledvinné onemocnění). Podílejí se na vodním hospodářství, na regulaci objemu tekutin v těle. K jejich další funkci lze přiřadit podíl na krvetvorbě, regulaci systémového krevního tlaku či podílení se na acidobazické rovnováze.

Pokud se z jakýchkoliv příčin poruší jejich základní funkce, dochází k narušení stálosti vnitřního prostředí. Tomuto nedostatku, insuficienci pak musíme nutně věnovat patřičnou pozornost, pacienta dostatečně edukovat a připravit jej k dalším, nezbytným krokům. Selhání ledvin představuje významné omezení funkce, která je třeba co nejrychleji nahradit. Pacient je přímo ohrožen na svém životě.

1.1 Charakteristika onemocnění

Ledvinami se vylučují látky škodlivé, odpadní a toxické, dále ty, které jsou v těle v přebytku, např. voda, sodík, draslík, fosfáty a vápenaté ionty, ale i zplodiny metabolismu, jako je kyselina močová, urea, kreatinin, jež je produktem metabolismu purinu (Jíšová, 2008).

Nejefektivnější metodou náhrady nefunkčních ledvin je samotná transplantace ledvin. Dialyzační metody nenormalizují poruchy vnitřního prostředí u pacientů s chronickým selháním ledvin, ale umožňují těmto nemocným dlouhodobé a kvalitnější přežití. Základními dialyzačními metodami používanými v léčbě chronického selhávání ledvin jsou hemodialýza, dále jen HD a kontinuální ambulantní peritoneální dialýza, dále jen CAPD.

1.1.1 Akutní selhání ledvin

Pro akutní selhání je charakteristické náhlé snížení funkce ledvin, tedy neschopnost vylučovat vodu, ionty a dusíkaté katabolity. Následkem toho vzniká oligurie až anurie s otoky především na dolních končetinách, hyperazotemie, což je zvýšené množství nebílkovinného dusíku v krvi s poruchou vnitřního prostředí, mnohdy dokonce s uremickým syndromem. Charakteristické pro tento syndrom jsou poruchy vědomí, anorexie, nauzea, zvracení a průjmy.

Uvedené příznaky se objevují rychle v řádu hodin až dní. Akutní selhání je tedy náhle vzniklý stav ohrožující pacienta na životě.

Příčiny akutního selhání ledvin se rozdělují do tří skupin:

1. Prerenální příčiny.
2. Renální příčiny.
3. Postrenální příčiny.

Základním projevem náhlého poškození ledvin a odumření buněk ledvinové tkáně je obvykle snížení tvorby moči a hromadění tekutin v organismu – oligoanurická fáze. V této fázi je člověk nejvíce ohrožen rozvratem vnitřního prostředí organismu, nahromaděním draslíku v krvi, tzv. hyperkalemie a dusíkatých zplodin metabolismu, které mají neblahý vliv na činnost mozku. Celkový rozvrat vnitřního prostředí a iontů se projeví kvantitativní poruchou vědomí, poruchou srdečního rytmu až srdeční zástavou.

Přežije-li pacient tuto fázi obvykle díky akutně prováděné dialýze, buňky ledvin se mohou obnovit. Ledviny tak začnou filtrovat krev, ovšem nově vytvořené buňky ledvinových kanálků nemají schopnost moč koncentrovat a bránit ztrátám vody, nastává fáze polyurická, ve které vymočí člověk mnoho litrů moči denně. V této fázi již nemocný nepotřebuje dialýzu, ale musí dostatečně přijímat tekutiny a tím zabránit dehydrataci organismu.

1.1.2 Chronické selhání ledvin

U chronického renálního selhání dochází k postupnému selhávání ledvin, v důsledku nevratného poškození, resp. zániku nefronů (Sulková 2000, s. 35).

Ledviny jsou relativně citlivý orgán a jednou poškozený orgán se může ve své funkci postupně zhoršovat a tím dojít k úplné ztrátě funkce.

Rizikových faktorů je několik, uvádíme zde nejčastější a nejvýznamnější:

1. Věk.
2. Hypertenze.
3. Diabetes mellitus I a II typ.
4. Polycystická choroba ledvin.
5. Glomerulonefritida.

Polycystická choroba ledvin a glomerulonefritida je spíš příčina, jelikož nemocný s těmito onemocněními má již ledviny poškozené.

Projevy chronického selhání jsou podobné jako u akutního selhání. Hlavní rozdíl spočívá v jejich plíživém nástupu s pozvolna se zhoršující renální funkcí v řádu měsíců až let s možností aktivace různých kompenzačních mechanismů:

a) Hromadění zplodin a odpadních látek v krvi.

Zhoršená funkce ledvin vede ke zhoršenému odstraňování zplodin a odpadních látek z organismu, koncentrace těchto látek začne stoupat. Tyto látky jsou ve vysokých koncentracích (při uremii) toxické pro funkci mozkových aktivit a dochází k jeho poškození. Při dlouhodobém účinku se dostaví zmatenost, bolest hlavy, psychické problémy, nechutenství, porucha vědomí a nakonec i smrt. Jako referenční hodnoty používáme dvě látky ureu a kreatinin. Pomocí jejich hodnot určujeme stupeň narušení funkce ledvin.

b) Porušená koncentrace iontů v krvi.

Velmi nebezpečné je hromadění draslíku. Není-li draslík vylučován do moči, jeho hladina stoupne v krvi a vznikne nebezpečná hyperkalemie, jež může způsobit arytmiu a tím vést k zástavě srdeční. Zvýšená hladina fosfátu má neblahý vliv na stavbu kostní tkáně. Hladina vápníku v krvi spíše klesá, avšak vlivem kompenzačních mechanismů anebo nežádoucí účinek léčby se může začít vyvíjet hyperkalcemie.

c) Zvýšení hodnot krevního tlaku

Zhoršenou funkcí ledvin se hůře odstraňují tekutiny, to následně vede ke zvýšení krevního tlaku. Vysoký krevní tlak a nadbytek tekutiny v cévách způsobuje zvýšené oběhové přetížení srdce jako pumpu a může přispět k rozvoji srdečního selhání. Vysoký krevní tlak pochopitelně vede i k dalšímu zhoršování funkce ledvin a bludný kruh se uzavírá.

d) Onemocnění kostí

Selháváním ledvin je narušena i tvorba vitamínu D, který je nutný pro metabolismus vápníku v krvi. Ledviny jsou totiž jedním z orgánů, podílejících se na tvorbě vitamínu D a jejich selhávání vede k renální osteodystrofii.

e) Chudokrevnost

Známky chudokrevnosti, mezi které patří především únava, nevykonnost, námahou dušnost, bolesti hlavy a palpitace doprovází nemocného pravidelně. Je to dáno tím, že v ledvinách se tvoří látka zvaná erythropoetin, dále jen EPO, která stimuluje tvorbu červených krvinek v kostní dřeni. U většiny pacientů se vzrůstajícím stupněm poškození ledvin klesá produkce hormonu odpovědného za denní produkci krvinek, což vede následně k rozvoji anemii. (Češka, 2010).

1.1.3 Prevalence chronického onemocnění ledvin

Studie z posledních let popisují dramatický nárůst výskytu chronických onemocnění ledvin s jejich selháváním – každý desátý člověk má chronické onemocnění ledvin ve stádiu III-IV (Dostálová, 2014). Lidé s tímto onemocněním mají desetkrát vyšší riziko úmrtí na infarkt myokardu či cévní mozkovou příhodu. Prevalence chronické insuficience, dále jen CHRI, celosvětově narůstá v důsledku stárnoucí populace a epidemie diabetes mellitus II. typu. Odhaduje se, že v České republice je konzervativní léčba chronického selhání ledvin indikována až u 50 000 nemocných.

Současná situace v České republice je evidována ve statistické ročence České nefrologické společnosti. V České republice bylo v roce 2012 celkem 102 dialyzačních středisek, ve kterých bylo k 31. 12. 2012 léčeno 6 261 pacientů (Štěpánková, 2013).

V minulém roce otevřely své brány další nová střediska v České republice. V Ústeckém kraji vznikla tři střediska – v Mostě, Chomutově a v Lounech.

2 DRUHY LÉČBY LEDVINNÉHO CHRONICKÉHO SELHÁNÍ

Renální selhání lze řešit v zásadě čtyřmi postupy – transplantací orgánu, hemodialýzou, peritoneální dialýzou anebo konzervativně, například léky, dieta, omezení tekutin.

2.1 Hemodialýza

Jak uvádí Orel ve své somatopatologii, pod řeckým slovem hemodialýza si můžeme představit, cituji: “Haima – krev, dia – skrz, přes, a lysis – uvolnění, odstranění.” (Orel, 2014, s. 151).

Náhrada funkce ledvin představuje nejen vlastní proceduru očišťování krve se všemi jejími, výhodami, nýbrž složitou ošetrovatelskou péčí o pacienta s mnoha možnými dalšími komplikacemi a problémy, ať již souvisejícími s onemocněním ledvin přímo či vzdáleně.

V počátcích chronického hemodialyzačního programu v šedesátých letech 20. století byla jako úspěch hodnocená skutečnost, že pacient nezemřel. Samotným základům obsluhy hemo – dialýzy se lze naučit za poměrně krátkou dobu. Hemodialýzy probíhají v naší republice výhradně v hemodialyzačních střediscích a tím se odlišuje od peritoneální metody.

Hemodialýzou lze léčit akutní i chronické selhání ledvin. Chronické selhání ledvin léčíme též peritoneální dialýzou či transplantací ledviny. Všechny tyto postupy označované společným termínem náhrada funkce ledvin, jsou cíleny k tomu, aby co nejúčinněji nahradily funkci nefunkčních ledvin.

2.2 Kontinuální ambulantní peritoneální dialýza

Kontinuální ambulantní peritoneální dialýza je metoda léčby chronického selhání ledvin zcela srovnatelná s hemodialýzou. V běžné klinické praxi se používá již téměř dvacet let. V současnosti se jí v některých případech dokonce dává i přednost, pacientům skýtá více volnosti, více nezávislosti na dialyzačním středisku. Pacienti léčení touto metodou jsou za léčbu více sami odpovědní, na rozdíl od těch, kteří navštěvují střediska. Vědí, že si musí chránit funkční katétr a že musí zajistit výměnu roztoku za sterilních podmínek. Počet pacientů léčených peritoneální dialýzou se i u nás trvale zvyšuje a vzhledem ke své jednoduchosti lze předpokládat postupné získávání přednosti před hemodialýzou (Sulková, S, s. 3). Podle Statické ročenky dialyzační léčby České nefrologické společnosti se v roce 2002 léčilo pomocí CAPD 4

% pacientů, v roce 2009 to bylo již 8 % nemocných. V konkrétních číslech to bylo v roce 2014 489 pacientů. Ve srovnání s některými jinými státy je počet pacientů léčených peritoneální dialýzou u nás stále ještě nízký. Například ve Francii, Holandsku a Itálii je touto metodou léčeno 20 % pacientů ve Velké Británii dokonce téměř polovina všech pacientů (Sulková, s 3).

Alternativou klasické kontinuální abdominální dialýzy je použití přístroje tzv. cycleru. Přístroj je naprogramován pro napouštění a vypouštění dialyzačního roztoku a proto označení metody Automated Peritonealdialysis - automatizovaná peritoneální dialýza (APD). Výhodou přístrojové varianty je skutečnost, že převážná část léčby probíhá v noční době.

Peritoneální dialýza je vhodná nejen pro pacienty mladé, kteří si chtějí udržet nezávislost na dialyzačním středisku, ale i pro starší nemocné, kteří jsou z medicínského pohledu vhodní pro zařazení na CAPD a mohou se touto metodou léčit sami za pomoci rodinných příslušníků, nebo vyškolených sester ve vlastním prostředí, což je hlavní výhoda této metody (Kracíková, 2010).

2.3 Historické ohlédnutí

První zmínky o eliminační metodě pochází již z roku 1854, kdy Thomas Graham studoval dialýzu na propustnosti stěny močového měchýře. Právě od něj pochází výraz dialýza. O rok později Adolph Fick pokračoval ve studii zabývající se koloidovými membránami (Sulková, s. 14).

Roku 1913 fyziologové J. J. Abel, L. G. Rowntree a B. B. Turner poprvé použili dialýzu u psa a roku 1928 lékař G. Haas provedl první pokus u člověka, avšak neúspěšně. Po řadě dalších neúspěšných pokusů si přístroj vysloužil název „smrtící stroj“.

Teprve ve čtyřicátých letech se lékaři W. J. Kolffovi poprvé podařilo úspěšně hemodialyzovat člověka (Lachmanová, s. 15).

2.3.1 Historie hemodialýzy

Jméno holandského internisty Willema Kolffa je neodmyslitelně spjata s historií dialýzy. V roce 1943 vyrobil první bubnovou umělou ledvinu, která byla použita u člověka. Měl k dispozici celofán, o kterém věděl, že je díky svým vlastnostem schopen některé látky propouštět a některé zadržet. Použil ji u patnácti pacientů ve stádiu selhání ledvin. Bylo vykázáno přechodné zlepšení, ale jejich přežití bylo krátkodobé a všech patnáct pacientů zemřelo.

Teprve v roce 1945 byl umělou ledvinou zachráněn první lidský život. Pacientkou byla holandská kolaborantka Sophia Schafstad. V padesátých letech dvacátého století začala vznikat první dialyzační střediska ve Spojených státech amerických a Evropě. V České republice byla první umělá ledvina použita na 2. Interní klinice ve Všeobecné fakultní nemocnici a první hemodialýza zde byla provedena v prosinci roku 1955. Dialýza skončila úspěšně. (Lachmanová, 2008). O tom, jak přelomová událost to byla, svědčí i fakt, že ještě v roce 1957 bylo v Evropě pouze sedm dialyzačních středisek, z toho jedno v Praze ve Všeobecné fakultní nemocnici. K napojování nemocných na dialyzátor byly původně používány skleněné kanyly zaváděné chirurgy, které se musely po skončení dialýzy opět vyjmout a rána uzavřít. Až v roce 1966 vyvinuli Brescia a Cimino dodnes používanou tzv. arteriovenózní píštěl – chirurgické spojení žíly s blízkou arterií.

2.3.2 Historie kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy

Samotná historie peritoneální dialýzy sahá do sedmdesátých let minulého století. Výrazný posun nastal v roce 1968 objevem peritoneálního katétru nefrologem Henrym Tenckhoffem, jež implantoval katétr do dutiny břišní, pomocí něhož je prováděna vlastní dialýza. V roce 1969 vytvořil základní typ katétru pro chronickou peritoneální dialýzu. Zabránilo se tím opakované punkci dutiny břišní u pacienta. Do té doby byl totiž používán vždy jen jednorázový katétr.

2.4 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je způsob organizace ošetrovatelské péče, která vychází přímo z teorie ošetrovatelského procesu. Teorie ošetrovatelského procesu je založena na systematickém vyhledávání bio – psycho – sociálních potřeb člověka. Tyto potřeby mohou být narušené nemocí nebo mohou vznikat v průběhu onemocnění. Jejich plánovitě uspokojování prostřednictvím aktivního ošetrovatelského procesu je přirozeným jevem (Rozsypalová 2009, s. 14). Jedná se o účelnou metodu poskytování a řízení ošetrovatelské péče, série plánovaných činností a myšlenkových postupů a pochodů (Sysel, et al., 2011).

Ošetrovatelský proces je hlavní pracovní metodou práce ošetrovatelského personálu. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetrovatelství používají k zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta, k stanovení

ošetřovatelských diagnóz, k plánování, realizaci a k vyhodnocování ošetřovatelské péče (Marečková 2006, s. 35).

My jsme se v bakalářské práci snažili aktivně vyhledat potřeby jednoho, konkrétního pacienta. Chtěli jsme najít všechny možnosti uplatnění k jejich splnění a naplnění v souladu s novými trendy v ošetřovatelství, individuálními potřebami pacienta v jednotlivých fázích a průběhu onemocnění. V přístupu k pacientovi jsme aktivně vyhledávali specifika vztahující se k onemocnění ledvin, týkající se výše zmíněných léčebných metod, které byly u našeho pacienta uplatněny. Využitím ošetřovatelského procesu jsme sledovali usnadnění rozhodování a řešení problematických situací. Na tomto místě musíme zmínit i fakt, že běžně využíváme při plnění ošetřovatelského procesu stanovené standardy. Ty nám plnohodnotně zajišťují pracovat na takové úrovni, jaká je na akreditovaném pracovišti vyžadována. Běžnou rutinou je empatie, laskavost, trpělivost, ale i asertivní jednání a efektivní komunikace (Šamánková, 2011, s. 9 – 13).

Ošetřovatelský proces má pět fází:

1. OŠETŘOVATELSKÉPOSOUZENÍ – ASSESSMENT

Posuzování: získávání informací, zhodnocení stavu nemocného.

- shromažďování údajů
- ověřování údajů
- klasifikace údajů

2. OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA – DIAGNOSIS

Diagnostika: Popis ošetřovatelského problému. Stanovení potřeb nemocného, stanovení ošetřovatelských diagnóz.

- analýza údajů
- zformulování diagnózy
- ověření diagnózy

3. PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE – PLANNING

Plánování: Plán a postupy poskytování ošetřovatelské péče.

- stanovení cílů
- určení priorit
- vypracování výsledných kritérií
- sestavení plánu ošetřovatelské péče
- konzultování

4. REALIZACE PLÁNOVANÝCH ČINNOSTÍ – IMPLEMENTATION

Realizace: Vychází z ošetrovatelského plánu, ordinace lékaře a aktuálního zdravotního stavu pacienta. Záznam provedených intervencí v jednotlivých směnách – datum, časový údaj, četnost intervencí, kdo intervenci provedl.

- plnění plánu ošetrovatelské péče
- zdokumentování vykonaných ošetrovatelských intervencí

5. VYHODNOCENÍ ÚČINNOSTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE – EVALUATION

Vyhodnocení: Hodnocení ošetrovatelského plánu, efektivity ošetrovatelské péče a míra uspokojení pacientových individuálních potřeb.

- vyhodnocení splnění cíle
- ukončení ošetrovatelské péče
- znovu posouzení a případné revidování plánu ošetrovatelské péče

(Sysel, et al., 2011).

3 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDON

Kasuistiku prezentujeme podle ošetřovatelského modelu funkčního vzorce zdraví Marjory Gordonové.

Domníváme se, že tento ošetřovatelský model je vhodný a uplatnitelný pro popis naší ošetřovatelské péče pacienta a saturování jeho potřeb. Ošetřovatelský model obsahuje dvanáct vzorců zdraví, které umožňují sestře rozeznat, zda se u pacienta jedná o funkční chování ve zdraví nebo dysfunkční chování v nemoci (Pavlíková, s. 101).

Marjory Gordon ve svém modelu vychází z holistického a humanistického přístupu k pacientovi. Pacienta model vzorců zdraví pojímá jako celistvou bytost se svými projevy, jako bytostí bio – psycho – sociální, ne pouze souborem částí a procesů (Trachtová, s. 9). Ošetřovatelské modely nám obecně pomáhají při uspořádání systematické činnosti ošetřovatelské péče.

Role sestry spočívá ve vnímání subjektivních a objektivních aspektů, které se u pacienta projevují. Získává informace z jednotlivých oblastí vzorců zdraví. Čím dříve se dobere jasně a konkrétně dysfunkčních oblastí, tím dříve je může začít řešit. Pak je na dobré cestě pacientovi zlepšit míru kvality jeho života, spokojenost a návrat k funkčnímu vzorci zdraví. Zvýší jeho motivaci pečovat o své vlastní zdraví, aktivně jej vtáhneme do děje péče o sebe sama. To je jeden ze sesterských cílů obecných, ale stále aktuálních a důležitých, ne – li prvořadých.

3.1 Život Marjory Gordon

Marjory Gordon je žena americké národnosti, která významně přispěla k rozvoji ošetřovatelství. Pro dosažení základního ošetřovatelského vzdělání studovala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku.

Poté absolvovala bakalářské a magisterské studium na Unter College of the City University v New Yorku. Doktorandskou práci na téma Diagnostické hodnocení obhájila na Boston College.

V roce 1974 identifikovala jedenáct okruhů vzorců chování. Základním pilířem je pro autorku dvanáct oblastí, které označila jako funkční vzorce zdraví. Ty jsou charakteristické pro

jednotlivé úseky v určitém časovém období a jsou základními ošetrovatelskými údaji v subjektivní a objektivní podobě.

Následně v roce 1987 tento model funkčních vzorců publikovala, díky financování federální vlády v USA.

Marjory Gordon je profesorkou a koordinátorkou ošetrovatelství dospělých na Boston College – Chesnut Hill. Dalším významným bodem v životě Marjory Gordon je role prezidentky asociace North American Nursing Diagnostic Association, dále jen NANDA (Pavlíková 2006, s. 99).

3.2 Dvanáct vzorců zdraví Marjory Gordon

1. *Vnímání zdraví – udržování zdraví*
 - a. Health – Perception – ManagementPattern
2. *Výživa – metabolismus*
 - a. Nutritional– metabolicpattern
3. *Vylučování*
 - a. EliminationPattern
4. *Aktivita – cvičení*
 - a. Activity– ExercisePattern
5. *Spánek – odpočinek*
 - a. Sleep – Rest Pattern
6. *Vnímání – poznávání*
 - a. Cognitive– PerceptualPattern
7. *Sebepojetí – sebeúcta*
 - a. Self– Perception – Self – ConceptPattern
8. *Role – vztahy*
 - a. Role – Relationship – Pattern
9. *Sexualita – reprodukční schopnost*
 - a. Sexuality – ReproductivePattern
10. *Stres – zátěžové situace – zvládání, tolerance*
 - a. Coping – Stress, TollerancePattern
11. *Víra – životní hodnoty*
 - a. Value – Belief Pattern
12. *Jiné*
 - a. Other

4 PŘÍPADOVÁ STUDIE

Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku je klasickou metodou kvalitativního výzkumu. Jedná se o intenzivní studium jednoho případu – jedné situace, jednoho člověka, jednoho problému. Dokáže splnit základní cíle kvalitativního výzkumu- zkoumá současné fenomény do jejich hloubky v jejich skutečném kontextu. Ponoření se do hloubky jednoho případu nám umožní důsledné porozumění zkoumaného (Olecká, Ivanová s. 63).

Případová studie – neboli kazuistika je zcela obvyklou metodou v medicínských, ale i v jiných oborech.

4.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo plně porozumět individuálním potřebám u pacientů s chronickou renální insuficiencí a následnou kombinovanou metodou léčby hemodialýzy a peritoneální dialýzy. V případové studii jsme zachytili průběh ošetrovatelské péče a edukační proces u chronicky dialyzovaného pacienta.

V rámci případové studie jsme si dali za cíl popsat ošetrovatelskou péči u vybraného pacienta pomocí ošetrovatelského modelu funkčního vzorce zdraví Marjory Gordonové.

4.2 Metodika výzkumu

U kvantitativního výzkumu se jedná o získání relativně omezeného počtu dat od velkého množství jedinců, zatímco u případové studie metody kvalitativního přístupu jsou data zjišťovány u menšího počtu jedinců, kteří mají společný prvek bádání (Hendl 2008).

Kutnohorská uvádí, že „*Kvalitativní výzkum je nematematický, analytický postup. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Kvalitativní výzkum spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, v charakteristice jejich celostní struktury, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní.*“ (Kutnohorská 2009, s. 22).

V bakalářské práci popisujeme a analyzujeme případovou studii chronicky nemocného, který byl léčen dvěma metodami, hemodialýzou a peritoneální dialýzou. Pacienta jsme sledovali

od zahájení peritoneální dialýzy až do doby, kdy byla ukončena pro nefunkčnost a on opět zařazen do chronického hemodialyzačního programu.

Od pěti let věku byl pacient sledován v nefrologické ambulanci pro proteinurii. Má středoškolské vzdělání. Z důvodu onemocnění ledvin neabsolvoval ani základní vojenskou službu. Pracoval jako administrativní pracovník, je v invalidním důchodu již 30 let, nyní se věnuje menším opravám doma v dílně. Je mu 60 let.

Otec pacienta žije, má diabetes mellitus II. Typu a je léčený inzulinem. Matka zemřela ve věku 75 let na cévní mozkovou příhodu (dále jen CMP). Pacient měl šest sourozenců, jeden zemřel v padesáti letech pro CMP, druhý sourozenec absolvoval zavedení bypassu (dále jen CABG). Ostatní sourozenci jsou zdraví. Má dvě děti, jedno je postižené, má Downův syndrom. Žije se svou manželkou a postiženým synem v rodinném domku.

Kouří od 16 let, dříve více, nyní 5 cigaret denně, alkohol pije příležitostně. Alergickou reakci nemá, pouze uvedl nežádoucí účinky po užití léků. Po Anopyrinu se nežádoucí účinky projeví krvácením z nosu-epistaxie, po Warfarinu se objevily kožní defekty na dolních končetinách.

Základním onemocněním pacienta je chronické selhání ledvin. Vedlejší diagnózy jsou: ischemická choroba srdeční, městnavé selhání srdce, závislost na renální dialýze a diabetes mellitus II typu.

Příčina selhání ledvin není jasná, biopsie nebyla indikována. V roce 1987 byla provedena první plánovaná HD cestou AVF na levém předloktí. V dubnu roku 1991 podstoupil první transplantaci, dále (jen Tx. kadaverozní ledvin). Ze zdravotnické dokumentace vyplývá, že pacient byl bez bolesti, mobilní a soběstačný schopen vykonávat své zaměstnání. V prosinci roku 1998 byl, po selhání ledvinného štěpu, znovu zařazen na HD a na levém předloktí opětovně založena AVF. V roce 1999 byla provedena nefrektomie nefunkčního štěpu a v roce 2000 druhá transplantace ledviny, která byla úspěšná.

V důsledku chronické fibrilace síní je od roku 2006 pacient trvale na antikoagulační terapii. Zprvu byl warfarinizován, ale pro kožní léze na dolních končetinách byl převeden na léčbu nízkomolekulárním heparinem.

V květnu roku 2008 dochází u pacienta ke zhoršení funkce štěpu a v dalším roce je prokázán diabetes melitus II. typu a zahájena léčba inzulinem, nicméně subjektivně byl nadále bez výraznějších obtíží a soběstačným. Během tohoto období přicházel pacient na pravidelné kontroly do HD střediska a byl bez výraznějších obtíží a soběstačný.

Hemodialýza byla opět zahájena v červenci roku 2011 cestou AVF na levém předloktí a pět měsíců poté došlo k punkčnímu zavedení peritoneálního katétru, při jehož implantaci se objevila komplikace – výrazné hemoragické krvácení z podkožního tunelu pravděpodobně v souvislosti s vysokou dávkou nízkomolekulárního heparinu, po redukci dávky došlo pozvolna k regresi.

V lednu 2012 byla zahájena první peritoneální dialýza. V této době jsem pacienta poznala a následně dva roky byla jeho ošetřující sestrou při častých hospitalizacích.

V bakalářské práci se zaměřujeme na několik hospitalizací, z nichž první tři se týkají zavedení Tenkhoffova katétru, dále edukace k zahájení peritoneální dialýzy a přehodnocení adekvátnosti dialýzy. Následující tři hospitalizace se vztahují k ošetrovatelské péči pacienta, jejich důvodem byla jedna z nejčastějších komplikací dialyzovaných pacientů peritonitida. Poslední hospitalizace popisuje situaci, kdy pacient byl již hemodialyzován.

K opakovaným hospitalizacím docházelo z několika důvodů. Pacient pociťoval časté bolesti zad, ke kterým u peritoneálně dialyzovaných osob dochází především pro posturální změny. Ty vznikají z důvodu přítomné tekutiny v dutině břišní. Svalový a kosterní aparát je zatížen nad rámec fyziologickým podmínek, pacientovi doporučujeme lehké posilování svalů břišní stěny. Další příčinou byly infekce projevující se v okolí vyústění katétru – exit situ nebo podél jeho zavedení, hovoříme o tunelové infekci. Příznaky této komplikace byly především zarudnutí okolo místa vpichu a purulentní sekrece. Ta byla doprovázena vysokými tělesnými teplotami, třesavkou a celkovou schváceností pacienta.

Ke sběru údajů jsme využili zdravotnickou dokumentaci (lékařskou a ošetrovatelskou) v období 2011–2014, kdy byl pacient 6x hospitalizován v dialyzačním středisku. Dále pozorování, rozhovor s pacientem, informace od rodiny pacienta a kolegyně sester, které se též podíleli na ošetrovatelské péči o pacienta. Autorka této práce byla 2 roky primární sestrou pacienta.

Z důvodů zachování anonymity pacienta neuvádíme jeho identifikační údaje, a to ani v názvu, rovněž nesdělujeme konkrétní místa jeho hospitalizace a návštěv hemodialyzačního střediska. Pacient vyslovil souhlas s poskytnutím informací získaných rozhovorem s ním a ze zdravotnické dokumentace při zachování anonymity.

5 IMPLANTACE TENCKHOFFOVA KATÉTRU

Pacient byl poprvé přijat na naše pracoviště v prosinci 2011. Důvodem hospitalizace bylo plánované zavedení chronického peritoneálního katétru, který zajišťuje trvalý přístup do břišní dutiny. Peritoneální dialýza má kontinuální povahu a pro pacienta se jevila jako výhodná, neboť udržuje stabilní složení vnitřního prostředí a výkyvy objemu tekutin jsou minimální. Nesporně je výhodná i z hlediska monitorace krevního tlaku a rovnováhy kardiovaskulární tekutiny

Pacient po uložení na lůžko a po seznámení s režimem oddělení byl lékařem informován o provedení operačního výkonu, dále seznámen s jeho základními principy a s tím, že vlastní výuka, jak katétr ošetřovat, proběhne na oddělení po operaci.

Cílem edukace pacienta před operačním výkonem bylo, aby znal jeho důvod a porozuměl významu zavedení katétru. Byl informován, že od půlnoci nesmí jíst a přijímat žádné tekutiny.

Ráno v den operačního výkonu byla pacientovi zavedena periferní žilní kanyla (dále jen PŽK). Sestra připravila operační pole, oholila část břišní stěny v místě plánované implantace katétru. Pacient odjížděl následující den nalačno v doprovodu peritoneální sestry do hemodialyzačního střediska, kde byla provedena implantace Tenckhofferova peritoneálního katétru. Vzhledem k chronické snížené funkci levé komory srdeční bylo možné jen punkční zavedení.

Zavedení chronického peritoneálního katétru bylo úspěšné. Nedošlo k operačním komplikacím.

Vzhledem k chronické snížené funkci levé komory srdeční bylo možné jen punkční zavedení. Pacient se vrátil zpět na naše pracoviště ve stabilizovaném stavu.

Po příjezdu na oddělení si stěžoval na bolest a dle vizuální analogové škály, určující sílu bolesti, ji ohodnotil číslem 5. Podání analgetik nevyžadoval, bolest považoval stále ještě za snesitelnou.

Ošetřující lékař ordinoval monitoraci fyziologických funkcí. Ty byly sledovány v pravidelných intervalech po třiceti minutách, dále od 18:00 hod. každou hodinu, poslední měření se uskutečnilo ve 22:00 hod. Následující den sestry monitorovaly fyziologické funkce dvakrát denně, tedy ráno a večer. Hodnoty se pohybovaly v rozmezí 140-160/70-70 mm Hg a glykemie byla v normě.

Klid na lůžku byl pacientovi doporučen pro operační výkon do druhého dne. Ranní hygiena byla provedena s dopomocí u lůžka, již odpoledne mohl pacient na toaletu v doprovodu sestry.

Vzhledem k rozsáhlosti operačního výkonu byl pacientovi i druhý den doporučen klid na lůžku. Z důvodu rizika infekce byl sám na pokoji.

Druhý den po implantaci katétru se objevilo výrazné hemoragické krvácení z podkožního tunelu, pravděpodobně v souvislosti s vysokou dávkou nízkomolekulárního heparinu. Následně lékař ordinoval snížení dávky heparinu, po redukci byla patrná pozvolná regrese průsaku. Na oddělení byly prováděny proplachy dutiny břišní. Proplach byl peritoneální sestrou prováděn dvakrát denně 300 ml Physioneal 1,36%. Tekutina, byla postupně čirá, hemoragie ustupovala.

Každý den byl převazován exit site. Pacient byl seznámen formou ukázky, jak správně pečovat o okolí katétru. Edukace dále probíhala opakovaně formou rozhovoru. Pacient obdržel také propagační materiál. V rámci edukace byl dán pacientovi prostor na otázky. Kladl je nejprve ostýchavě, postupně byl daleko zvědavější. Otázky se týkaly především manuálního provedení převazu. Pacient výkladu porozuměl, protože probíhal po etapách, tak aby měl prostor všechny získané informace dostatečně vstřebat a pochopit. Peritoneální sestry na pracovišti jsou erudované, ve svém oboru vzdělány, a jsou si plně vědomy důležitosti dobře poučit pacienta. Dostatečná a kvalitní informovanost snižuje jeho úzkost, strach a obavy. V případě peritoneální dialýzy jde však také o prevenci závažných komplikací, především infekčních, vycházejících z nedostatečně ošetřovaného exit situ. Z tohoto důvodu je edukační proces velice důležitý. V neposlední řadě tvořilo edukaci také zjištění sociálního zázemí pacienta, z důvodů zajištění podmínek v domácím prostředí pacienta pro aseptické ošetření exit situ. Vhodné rodinné zázemí je pak jedním z významných činitelů úspěšné léčby kontinuální peritoneální dialýzou.

Den před propuštěním do domácího ošetřování proběhla ještě HD, dále byla v plánu třikrát týdně v domovském HD středisku. Poslední proplach dialyzačním roztokem se uskutečnil v den propuštění. Pacient edukaci porozuměl, neboť zvládl převaz exit situ již bez pomoci peritoneální sestry v den propuštění. Po ukončení hospitalizace pacienta byly proplachy peritoneálního katétru zajišťovány při hemodialýzách v jeho domovském středisku. Pokračování edukace a zahájení peritoneální dialýzy bylo naplánováno na leden následujícího roku na našem oddělení.

6 ZAHÁJENÍ KONTINUÁLNÍ AMBULANTNÍ PERITONEÁLNÍ DIALÝZY A EDUKACE

Pacient byl odeslán na naše pracoviště v lednu 2012 k plánované hospitalizaci z důvodu zavedeního permanentního Tenckhoffova peritoneálního katétru k zahájení peritoneální dialýzy a k edukaci. Peritoneální dialýza se zahajuje malými objemy roztoků, které se až v dalších dnech postupně navyšují, proto bylo zpočátku třeba léčbu doplnit ještě hemodialýzou.

Pacient byl pravidelně peritoneální sestrou edukován tak, jak jsme již uvedli výše v textu. Během této hospitalizace proběhla ještě další edukace, týkající se režimových opatření (viz dále v textu).

První a druhý den hospitalizace byl proveden pouze proplach peritoneálního katétru dvakrát denně 500 ml 1,36% Glukózy bez Heparinu. Třetí den hospitalizace byly již provedeny čtyři výměny peritoneální dutiny 1,5 % dialyzačním roztokem – 1400 ml, které byly postupně navyšovány o 200 ml na den do cílového objemu 2000 ml. Ultrafiltrace z výměn byly adekvátní, pacient vždy vypustil o 150 ml dialyzátu více.

Farmakologická terapie, kterou byl pacient léčen již před první hospitalizací, je popsána v tabulce číslo 1., intraperitoneální medikaci měl pouze při hospitalizaci.

Tabulka č. 1 - Léková anamnéza leden 2012

Perorálně užívaná léčiva		
<i>Název léku</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Léková skupina</i>
Helicid 20mg cps.	1 – 0 – 0	Inhibitor protonové pumpy
Coriol 6,25mg tbl.	1 – 0 – 1	Beta – blokátor
Dapril 10mg tbl.	1 – 0 – 0	ACE – Inhibitor
Furorese 250mg tbl.	1 – 0 – 0	Diuretikum
Milurit 100mg tbl.	1 – 0 – 0	Antiuratum
Renagel 800mg tbl.	2 – 1 – 2	Vazač fosfátů
Pentomer ret. 400mg tbl.	1 – 0 – 1	Vazodilatancia
Lacidofiltbl.	0 – 1 – 0	Probiotikum
Sorbiferduruletbl.	0 – 1 – 0	Antianemika
Novalgintbl.	Při bolesti	Analgetikum
Stilnoxtbl.	Na noc	Benzodiazepin
Intraperitoneální užívání léčiv		
Mesocain 1% 10 ml	Při bolesti	Analgetika
Injekčně užívaná léčiva		
Fraxiparinemulti 0,4 mls.c.	á 24h	Antikoagulancia
Inzulin – M3 s. c.	4j – 0j – 6j	Inzulin

Fyzikální vyšetření bylo provedeno na příjmové ambulanci. Pacient byl při vědomí, spolupracoval, orientovaný místem časem a osobou, lehce opocený, eupnoe, bez cyanosy a ikteru. Byl upravený, měl čistý oděv, osobní hygiena dodržoval. Jeho chůze byla stabilní avšak z důvodu občasné bolesti zad a podbřišku zaujímal častěji polohu vleže na lůžku. Jeho pohybová aktivita se vzhledem k danému onemocnění a bolesti zhoršila.

Fyziologické funkce:

- TK: 130/70 mm Hg
- TF: 62/min
- TT: 37,0°C
- DF: 24/min
- SpO₂:93%
- Antropometrické údaje-BMI: 26,5 (pacient měl nadváhu),
(výška 175 cm, hmotnost 80 kg)

Dle ordinace lékaře bylo denně sledováno:

- měření fyziologických funkcí 3 x denně
- péče o cévní přístup – AVF na levé horní končetině
- monitorace hmotnosti denně
- monitorace glykemie ráno a večer
- převaz peritoneálního katétru

Subjektivní náhled nemocného na hospitalizaci

Pacient byl o své lékařské diagnóze i možných metodách léčby dostatečně informován. Podaným informacím rozuměl. Informovaná byla i rodina pacienta, spolupracovala.

6.1 Edukační témata

Výuka – edukace pacienta byla zahájena na našem pracovišti. Měl snahu se nové věci naučit, plně spolupracoval. Byl motivován zlepšením svého zdravotního stavu a měl přiměřený elán. Rodina pacienta se také aktivně zapojila do edukačního procesu.

a) Edukace v oblasti přípravy pracovního místa – prostředí pro výměnu dialyzačního roztoku

Pracovní plocha, kde se provádí výměna, se vyčistí dezinfekčním roztokem a připraví se pomůcky určené k výměně dialyzačního roztoku. Demonstrujeme jakým způsobem postupovat,

aby bylo prostředí vhodně připravené. V místnosti musí být zavřené dveře a okna, nesmí být přítomna žádná domácí zvířata. Vysvětlujeme pacientovi rozdíl pojmů čisté x špinavé sterilní x nesterilní.

b) Edukace v oblasti hygieny rukou

Informovaly jsme pacienta o čistotě rukou. Před výměnou dialyzačního roztoku je třeba si umýt ruce a ničem dále nekontaminovat. Informujeme pacienta, že jeho vlastní ruce jsou jednou ze zásadních faktorů ovlivňující rozvoj infekce.

c) Edukace v oblasti péče o výstup peritoneálního katétru - exit site vybavení potřebné k peritoneální dialýze

Exit site je místem výstupu katétru z dutiny břišní. Kladli jsme důraz na prevenci nejen vytažení katétru, ale i případné nešetrné zacházení. Sedmý den po zavedení katétru se doporučuje pacientovi denně sprchovat. Koupání ve vaně, v bazénech či v rybnících nelze v žádném případě provozovat.

Zdravý výstup – exit site je čistý, suchý, není zarudlý, není bolestivý či zvýšeně citlivý. V případě jakékoliv změny musí pacient navštívit hemodialyzační středisko a o této skutečnosti informovat svého ošetřujícího lékaře nebo lékaře ve službě. Učíme zacházet s vyústěním šetrně, tak aby nedocházelo ke zbytečné traumatizaci.

d) Edukace v oblasti příjmu tekutin

Pacienta jsme poučili i v oblasti, která je pro každého dialyzovaného velmi citlivým tématem. Je velice důležité udržovat si svoji suchou váhu, tj. optimální váha pacienta, která zohledňuje stav zavodnění organismu, ne stav výživy. Dodržovat tak příjem doporučeného množství tekutin. Upozorňujeme pacienta, aby nejedl potraviny, po kterých se dostaví žízeň, například příliš slané pochutiny jako jsou krekry, salámy, slané oříšky apod.

Pravidelně kontrolujeme hydrataci pacienta několika možnými způsoby. Například sonografie dolní duté žíly, jejíž rozměry vypovídají o hydrataci. Pacient také podstoupil impedometrii, která objasnila extracelulární tekutiny a objem celkové tělesné vody.

Dále informujeme o tom, aby se vyvaroval konzumaci potravin, které obsahují velké množství tekutin. Pacient je ohrožen hyperhydratací, což není v jeho případě žádoucí.

e) Edukace v oblasti „Jak rozpoznat symptomy peritonitidy“

Jako prevenci jsme doporučili dodržovat správný postup při výměně dialyzačních roztoků, důraz jsme kladli především na základy hygieny, správné mytí rukou, používání ústenky a dodržování aseptického přístupu.

Edukace obsahovala důvody, kdy ihned kontaktovat dialyzační středisko:

- pokud je roztok v odpadním vaku zkalený
- při horečce, bolesti břicha, nevolnosti a zvracení
- zdůraznily jsme nutnost v případě výše uvedených komplikací přinést odpadní vak s roztokem s sebou na dialyzační středisko

f) *Edukace v oblasti stravování*

Edukace se ovšem neobrací pouze směrem k tekutinám, ale také k příjmu vhodných potravin.

- Energie

Energetická rovnováha je pro pacienta důležitá veličina. Umožňuje správné zpracování přijímaných složek v potravě. Pacient měl obtíže s nechutenstvím, hrozilo riziko malnutrice.

- Bílkoviny

Jedna z důležitých upozornění směřuje při edukaci pacienta k bílkovinám v potravě. Informujeme pacienta, že příjem bílkovin a výdej dusíkatých látek by mělo být v relativní rovnováze. Pacientovi doporučujeme vhodné potraviny, jako jsou ryby, mléčné výrobky, obilniny a luštěniny, které jsou vhodné zařazovat do jídelníčku také jako zdroj vlákniny. Využili jsme možnosti, že pracoviště disponuje nutričním terapeutem a oslovili jsme jej. Ten navštívil pacienta a věnoval se edukaci v oblasti stravování podrobně. Pacient přijal spolupráci s nutričním terapeutem velmi aktivně, zapojil i manželku, která se zúčastnila jednoho sezení.

Oproti stavu renální insuficience, kdy je doporučený příjem bílkovin snížený, u dialyzovaného musí být příjem vyšší nebo alespoň stejný. Poučili jsme pacienta o vyšší konzumaci bílkovin.

- Draslík, fosfor a puriny

Základním pravidlem pro snížení koncentrace draslíku je omezení příjmu takových potravin, jako jsou banány, meruňky a jiné peckoviny, čokoláda a ořechy.

Poučili jsme pacienta, aby na tyto potraviny byl obezřetný a více méně nebyly obsaženy v jeho jídelníčku.

Nadměrná hladina fosforu zvyšuje riziko kostní nemoci a kalcifikaci stěn cév. Informovali jsme pacienta o důležitosti pečlivého užívání vazačů fosfátů, které mu ošetřující lékař předepsal. Je důležité užívat je vždy s jídlem, neboť zamezují jejich aktivní vstřebávání z přijaté potravy. Rizikové potraviny jsou hlavně brambory, mléko, tavené sýry, vejce, paštiky, uzené maso, čokoláda a luštěniny.

Puriny jsou látky, ze kterých vzniká kyselina močová, jejíž krystalky se mohou hromadit v kloubech. Proto radíme pacientovi, aby nejedl v nadměrné míře vnitřnosti, čokoládu, kávu, luštěniny.

g) Edukace v oblasti diabetické diety.

Pacient byl diabetik II. typu, znal příznaky hyperglykemie a hypoglykemie. Věnovat se edukaci o zaměnitelnosti správného inzulínu nebylo nutná. Zdůraznili jsme pouze nezapomenout se po aplikaci inzulínu do 20–30 minut najíst.

Kladli jsme důraz na to, aby komplikace s diabetem mellitem a případně první pomoc znala i pacientova rodina. Komplikace diabetu mellitu jsou u dialyzovaných pacientů velmi časté.

h) Edukace v oblasti cestování

Pacient léčený peritoneální dialýzou může cestovat, pokud mu to jeho dialyzační středisko a aktuální zdravotní stav dovolí. Za předpokladu, že exit site je zcela bez jakýchkoliv známek infekce, pacient se může koupat i v moři. Doporučili jsme pacientovi, aby vyústění peritoneálního katétru chránil kolostomickým sáčkem. Jeho užití pomůže pacientovi nejen psychicky. Bude si jist, že zabezpečil exit site dostatečně, ale také se tím vyvaruje případnému rozvoji infekce či jiné komplikace spojené s pobytem na pláži.

i) Edukace v oblasti tělesné aktivity

Při peritoneální dialýze je dovoleno provozovat většinu sportů a cvičení, avšak obecně platí, že exit site a oblast dutiny břišní se musí chránit před poškozením a poraněním za každých okolností. Upozornili jsme pacienta, že při cvičení svalů břišních skupin nebo zvedání těžkých břemen se zvyšuje intraperitoneální tlak a může dojít k úniku tekutiny podél katétru. Pacientovi jsme nedoporučili provádět cviky, při kterých leží na břiše. Pacient provádí pracovní aktivity okolo domu ve smyslu jeho údržby, pravidelně cvičit nedocházel.

Edukace byla provedena formou přednášky a demonstrativní ukázky peritoneální sestrou. Pacientovi byly předány informační materiály. V následujících rozhovorech měl pacient prostor na otázky, které mu byly vždy zodpovězeny.

Pacient spolupracoval velmi aktivně, dodržoval léčebný režim a ke svému zdraví se vyjadřoval pozitivně. Cíl edukace byl splněn, pacient byl srozuměn s danou léčebnou metodou, a porozuměl i poskytnutým informacím stran dodržování určitého režimu.

Cílem ošetrovatelské péče bylo, aby pacient zvládl výměny dialyzačního roztoku bez pomoci a prováděl je za sterilních podmínek. Dále, aby se zaměřil na prevenci komplikací a dodržování rozvrhu léčby. Hospitalizace se týkala pouze zahájení popisované metody.

Dopoledne v den propuštění byly naplánovány ještě dvě výměny dialyzačního roztoku, barva vypuštěného dialyzátu byla čirá, bez patologické příměsi, cítil se dobře a byl zcela bez obtíží. Odpoledne byl pacient propuštěn, odešel ve stabilizovaném stavu v doprovodu své manželky.

Provedení prvního peritoneálního ekvilibračního testu (dále jen PET) a adekvátnosti dialýzy (dále jen Kt/V) bylo provedeno ambulantně v únoru 2012.

7 EDUKACE K OBSLUZE PŘÍSTROJE CYCLER

Další hospitalizace pacienta proběhla v březnu 2012. Hospitalizace byla naplánována z důvodu změny léčby pro nedostatečnou adekvátnost dialýzy při léčbě manuální peritoneální dialýzou 10 l peritoneálního roztoku denně.

Pacient byl edukován peritoneální sestrou k obsluze přístroje cycler, obsluhu po krátkých ukázkách zvládal samostatně. Poprvé se připojil na přístroj doma v březnu 2012. Pacientovi byla doporučena kontrola k přehodnocení adekvátnosti a provedení peritoneálního ekvilibračního testu za tři měsíce.

8 I. PERITONITIDA

V této a následujících dvou kapitolách popisujeme komplikaci – dg. Peritonitis acuta a popisujeme podrobněji ošetrovatelský proces s využitím ošetrovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie II.

V květnu 2012 se pacient dostavil po domluvě s HDS pro suspektní akutní peritonitidu při APD. U pacienta se objevila difusní bolest břicha trvající několik hodin.

V nemocnici v místě bydliště byl vyšetřen na interní a chirurgické ambulanci. Laboratorně nebyla elevace zánětlivých markerů prokázána, bolest na hrudi negoval, stolice bez patologické příměsi, anurie. Na příjmové ambulanci bylo vypuštěno nemnoho mléčně zakaleného dialyzátu.

Z důvodu peritonitidy byla zahájena léčba antibiotiky i.p. Cefazolin 500 mg do každé výměny a Gentamycin 80 mg ve 22:00, perorálně Nizoral ve 12:00. Pacient byl touto komplikací mírně zaskočen. Byl s ní seznámen již při zavádění T. katétru, avšak z rozhovoru bylo poznat, že objevení obtíží tak brzy nepředpokládal.

Již třetí den subjektivní obtíže ustoupily, pacient byl afebrilní a soběstačný. Trvalé zakalení dialyzátu a vysoký počet buněk však v dialyzátu přetrvával. Proto od sedmého dne byla navržena ošetřujícím lékařem změna antibiotikové léčby. V případě bolesti bylo možné pacientovi podat dle indikace Novalgin. V ošetrovatelské dokumentaci intenzita bolesti nebyla měřena žádným testem, pouze zde bylo uvedeno, že si pacient na bolest stěžoval. První i druhý den dostal Novalgin třikrát denně, od třetího dne bolesti břicha ustoupily a analgetikum bylo podáno pouze ráno.

Ošetrovatelská anamnéza a Fyzikální vyšetření sestrou prokázaly, že se pacient cítil slabý, unavený, točila se mu hlava, febrilní – TT 39,3°C. Byl při vědomí, orientovaný místem, časem i osobou, spolupracoval, bez ikteru a cyanózy. Spolu s pacientem jsme stanovili níže uvedené ošetrovatelské diagnózy.

Ošetrovatelské diagnózy aktuální – dle NANDA taxonomie II

Deficit sebeděže při koupání a hygieně – 00108

Cíl ošetrovatelské péče:

- Proveďte hygienu optimálně dle očekávání
- Dokáže popsat problémy, které má v souvislosti s hygienou

- Je postupně schopen sebezpěče při koupání, hygieně

Plán ošetrovatelské péče:

- Povzbudit nemocného
- Zajistit dosažitelnost všech pomůcek na hygienu
- Respektovat soukromí nemocného
- Zajistit bezpečnost koupelny

Realizace intervencí:

- V prvních dnech hospitalizace jsme pacientovi s jeho hygienou pomáhali, pacienta jsme umyli u lůžka. Po dostavení se efektu z podaného antibiotika se jeho stav zlepšil a hygienu již provedl sám v koupelně.

Vyhodnocení:

- Pacient zvládl hygienickou péči v průběhu hospitalizace samostatně bez pomoci druhé osoby.

Porušená kožní integrita- 00046, z důvodu invazivního vstupu

Cíl ošetrovatelské péče:

- Okolí chronického peritoneálního katétru je suché, kůže v okolí není nepříznivě poškozena
- Kožní povrch není porušen

Plán ošetrovatelské péče:

- Pečovat o čistotu kůže
- Zavést ošetřujícím personálem eventuelně záznam o ošetřování ran

Realizace intervencí:

- Převaz exit site jsme prováděli za přísných aseptických podmínek. Denně jsme kontrolovali kůži, popisovali léze a pozorované změny. Posoudili jsme změny barvy kůže v oblasti vyústění katétru. Pečovali jsme striktně o hygienu kůže a používali jemná mýdla bez detergentů.

Vyhodnocení:

- Přístup pro peritoneální dialýzu zůstal neporušen a byl funkční.

Ošetrovatelské diagnózy potenciální – dle NANDA taxonomie II

Riziko pádu – 00155

Cíl ošetrovatelské péče:

- Uvědomuje si faktory, které zvyšují možnost úrazu
- Rozpozná možné nebezpečné faktory prostředí
- Ví, jak se chránit před specifickými riziky

Plán ošetrovatelské péče:

- Poučit pacienta o signalizačním zařízení
- Vysvětlit jednotlivé postupné kroky při vstávání z lůžka
- Poučit pacienta o vhodné obuvi
- Demonstrovat opatření na zabránění úrazu

Realizace intervencí:

- Na začátku hospitalizace jsme vstávání z lůžka s pacientem nacvičili, upozornili jsme na možná rizika pádu. Pacient používal signalizační zařízení.

Vyhodnocení:

- Pacient se naučil, jak má dbát o svou bezpečnost, jak zvládat problémy s imobilitou. Během hospitalizace byl bez pádu a zranění.

V následující dny až do propuštění pacient analgetickou léčbu odmítal. Cítil se dobře, bolest neudával a byl bez známek infekce. Barva dialyzátu byla čirá a bez patologických příměsí. Patnáctý den byl ve stabilizovaném stavu propuštěn do domácího ošetřování.

9 II. PERITONITIDA

V lednu 2014 se pacientův zdravotní stav opět zkomplikoval, dg.: Akutní peritonitida, další diagnózy: CHRS a DM 2. Typu. Při příjmu, nezvracel, neměl průjem, teplotu, ani třesavku, bez ikteru a cyanózy, eupnoický, přiměřené výživy, byl anurický, při vědomí, plně orientovaný spolupracoval. V ošetrovatelské péči se sestry zaměřily především na monitoraci bolesti, monitoring TK, edukaci v oblasti hydratace, riziko pádu a psychické rozpoložení pacienta.

Fyziologické funkce při přijetí:

- TK:115/70 mm Hg
- TT:55/min.
- DF:18/min.
- TT:36,6 stupňů Celsia

Sestry monitorovaly FF v pravidelných intervalech, tělesnou teplotu jsme měřily třikrát denně, krevní tlak kontrolovaly vždy večer, denně měřily glykemie a tělesnou hmotnost. Pacient již nebyl léčen inzulinem, pravidelně užíval antidiabetikum - Glurenorm.

Z předchozí zdravotnické dokumentace a z rozhovoru s pacientem vyplynulo, že předchozích osmnáct měsíců byl bez obtíží, peritoneální dialýza byla odpovídající, na obsluhu přístroje si zvykl, byl soběstačný a docházel na ambulanční měření PET a Kt/V.

Pacient tedy prodělával druhou peritonitidu s odstupem osmnácti měsíců. Ze situace, která nastala, byl depresivně naladěný. Jeho psychická stránka se zhoršila. S pacientem jsem vedla strukturovaný rozhovor, ve kterém jsme se zaměřili na rozdílnost obtíží s hospitalizací předchozí. Zda si uvědomuje, že existuje možnost převedení zpět do hemodialyzačního programu a jestli má z nové metody obavy. Cítí-li se zklamaný, a pokud má ještě nějaké otázky, týkající se léčby. Ve srovnání s minulou hospitalizací udával pacient bolest v podbřišku. Z rozhovoru bylo patrné, že přetrvává již dva dny, večer i ráno vypustil lehce zakalený dialyzát. Pacient si byl vědom možnosti ukončení léčby a návratu k hemodialýze. Nebál se, neboť již docházel do hemodialyzačního střediska v jiném městě. Nepocíťoval hořkost, neboť o možných komplikacích při této metodě byl již informován. O jiných problémech, se kterými se může ještě během léčby setkat, nevěděl. Pacient neměl žádné jiné otázky, všemu rozuměl a byl částečně smířen s návratem k původní metodě léčby.

U pacienta byla zahájena léčba empirickými antibiotiky (dále jen ATB) intraperitoneálně (dále jen i. p.). Byla zavedena periferní žilní kanyla (dále jen PŽK), byl převeden na kontinuální

režim ručních výměn. Vzhledem k trvalé hypotenzi TK s 90-100 mmHg byl krevní tlak monitorován v kratších intervalech. Pacientovi jsme doporučili vstávání z lůžka s dopomocí a využití signalizačního zařízení z důvodu rizika pádu při hypotenzi. Byla monitorována bolest, v prvních dnech hospitalizace pacient uváděl přítomnost bolesti dle vizuální analogové škály, déle jen VAS, číslo 6. U pacienta byla zahájena opiátová léčba transdermální náplastí Transtec 52,5 mcg/ 72 hod. Díky ní, další analgetikum nežádal. Druhý den antibiotické léčby již bolest ustupuje a byla hodnocena dle VAS intenzity bolesti číslem 2.

Byla nutná restrikce tekutin do 1500 ml – pacient byl edukován v oblasti příjmu tekutin. Všechny vypité tekutiny, včetně polévky jsme pečlivě zaznamenávali. Dohlíželi jsme, aby nedošlo k překročení daného množství tekutin.

Antibiotika byla podána cestou perorální a intraperitoneální.

Pátý den hospitalizace se zdravotní stav začal zlepšovat, hypotenze však stále přetrvávala - kontrola krevního tlaku probíhala v pravidelných intervalech, podání pravidelné medikace dle lékaře. Pacient neudával bolest a cítil se dobře. Byl rád, že zatím nedošlo ke změně léčby, tedy opětovnému návratu k hemodialýze. Šestý den hospitalizace ukončena a pacient odešel ve stabilizovaném stavu do domácího ošetření.

Doporučení, která byla pacientovi nabídnuta: ambulantní dispenzarizace, návrat k zaběhnutému režimu APD, přeshetření transportních charakteristik peritonea a KtV vhodná kontrola za cca 1 měsíc.

10 III. PERITONITIDA

Důvodem hospitalizace v červnu 2014 byla již třetí akutní peritonitida v průběhu léčby metodou peritoneální dialýzy. Další diagnózou byla Ischemická choroba dolních končetin (ICHDC). Údaje o nemocném pro ošetrovatelskou anamnézu jsme zde sbírali dle funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordon a opět ošetrovatelské diagnózy jsme stanovili podle NANDA – taxonomie II, abychom následně naplánovali, realizovali a vyhodnotili ošetrovatelskou péči.

Ještě ráno byl pacient bez obtíží, léčen v režimu APD, kolem patnácté hodiny se objevili difuzní bolesti v oblasti břicha – dle analogické škály VAS číslo 3. Po patnácté hodině pacient napustil roztok dle pravidelného rozpisu a bolest se navýšila na číslo 6. Pacient byl při vědomí, unavený, spolupracoval, febrilní – 37,5 °C, přiměřené výživy, hydratace. Bezprostředně po přijetí na oddělení byl zajištěn odběr materiálu na kultivační vyšetření a poté zahájena antibiotická terapie. Jelikož předběžný výsledek vyšetření bývá k dispozici nejdříve za 24 hodin, postup byl zprvu empirický.

Byla prováděna biochemická a hematologická vyšetření krve. Hodnoty všech vyšetření byly v referenčních mezích. Pouze hodnota hemoglobinu byla 96 g/l , z čehož vyplývá provázející únava pacienta. Výsledek biochemického a kultivačního vyšetření vzorku dialyzátu je zachycen v tabulce č. 3.

Fyzikální vyšetření sestrou:

- TK 180/70mm Hg
- TF 78/min
- TT 37,5 stupňů Celsia
- RF 15/min

FF monitorovány v pravidelných intervalech ráno a večer. Váhový přírůstek jsme denně sledovali.

- Antropometrické údaje-BMI-28, (výška 175 cm, hmotnost 87,7 kg napuštěný)

Farmakologická péče

Léková anamnéza u pacienta v období hospitalizace je znázorněna v tabulce č. 5., která byla odlišná od předchozích hospitalizací. Pacient již nebyl léčen inzulinem a z důvodu bolesti byl kontinuálně léčen transdermální náplastí.

Tabulka č. 2 – Farmakologická léčba, zdroj: LD

Perorálně užívaná léčiva		
Název léku	Dávkování	Léková skupina
Apo- Ome 20 mg tbl	1 – 0 – 0	Inhibitor protonové pumpy
Atorvastatin 10 mg tbl	0 – 0 – 1	Statiny
Renvela 800 mg tbl	2 – 2 – 2	Vazač fosfátů
Glurenorm 30 mg tbl	1 – 0 – 0	Antidiabetika
Mycomax 100 mgtbl.	12	Antimykotika
Klacid 500 mgtbl.	6 – 18	Antibiotika
Transdermální podání léčiva		
Buprenorfin 52,5 µg/hod	1x za 72 hodin	Opiát
Injekce podání léčiv		
Fraxiparine 0,4 ml s.c.	á 24 hodin	Antikoagulancia
Intraperitoneální podání léčiv		
Cefazolin 250 mg i.p.	6 – 10 – 14 – 18 – 22	Antibiotika
Gentamicin 40 mg i.p.	22	Antibiotika

Tabulka č. 3 - Krevní obraz, zdroj: LD

	15. 6. 2014	Referenční meze
Leu (Leukocyty)	11,59 x 10 ⁹ /l	4,10 - 10,25 x 10 ⁹ /l
Ery (Erytrocyty)	2,91 x 10 ¹² /l	4,19 - 5,75 x 10 ¹² /l
Hb (Hemoglobin)	96 g/l	135 - 174 g/l
Ht (Hematokrit)	0,289 g/l	0,390 - 0,510 g/l
Krevní destičky	132 x 10 ⁹ /l	142 - 327 x 10 ⁹ /l

Tabulka č. 4 – Dialyzát buňky, zdroj: LD

Erytrocyty: 20 000/ml
Leukocyty: záplava
Kultivace + citlivost
1. Streptococcus viridans
2. Streptococcus oralis
Citlivost:
Cefazolin
Gentamicin
Ampicilin

Vzhledem k dostatečné citlivosti prokázaných patogenů v dialyzátu na stávající antibiotika nebyla nutná změna léčby a i klinická odpověď byla vyhovující. Vzhledem k celkovému zlepšení stavu pacienta bylo možné realizovat i předem plánovaná vyšetření.

Cévně chirurgické konzilium

Aneurismatická dilatace začátku cephalické žíly na levém předloktí ad. resekce výdutě a zúžení cévního přístupu.

Ošetrovatelský model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové

Informace (viz Tabulka č. 5) byly získány rozhovorem s nemocným, pozorováním, od zdravotnického personálu a ze zdravotnické dokumentace. S pacientem jsem se setkávala často, téměř vždy při jeho hospitalizacích.

Tabulka č. 5 – Shromažďování údajů v oblasti uspokojování potřeb ošetrovatelským modelem funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordon

Vnímání zdraví	<i>Hodnoceno subjektivně:</i> <ul style="list-style-type: none">• docházím na domluvené kontroly pravidelně a svědomitě• uvědomuji si, že můj zdravotní stav není optimální• uvědomuji si možné komplikace spojené s léčbou• nejsem si vědom žádné chyby při výměnách dialyzačních roztoků <i>Hodnoceno objektivně:</i> <ul style="list-style-type: none">• pacient byl opakovaně edukován• přijal písemné podklady určené k edukaci• spolupracuje rodina, především manželka
Výživa – metabolismus	<i>Hodnoceno subjektivně:</i> <ul style="list-style-type: none">• Dietní režim se snažím dodržovat• vaří převážně manželka a je velmi opatrná ve výběru potravin, prý aby mi neuškodila• velmi mne hlídá a některé potraviny mi zakazuje konzumovat• někdy se na ni za to zlobím, ale později jsem rád, že o mne tak pěkně pečuje• v poslední době nemám chuť k jídlu, dříve jsem jedl rád• finanční obtíže nemáme a tak si můžeme dovolit vybírat si vhodné potraviny, i když jsou někdy dražší <i>Hodnoceno objektivně:</i> <ul style="list-style-type: none">• pacient má diabetes mellitus II. typu• užívá perorální antidiabetika, Glurenorm• ohledně DM je edukován v diabetologické poradně• pacient si vede deník přijaté stravy – druhu potravin• pacient si vede deník bilance tekutin• metabolismus je ovlivněn diabetem mellitem• BMI pacienta se pohybuje v hodnotách 26

Vylučování a výměna	<p><i>Hodnoceno subjektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • v domácím prostředí nemám potíže s vyprazdňováním • stolicí mám pravidelnou • při močení nepociťuji pálení ani řezání, vlastně už ani nemočím <p><i>Hodnoceno objektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient v nemocničním prostředí netrpěl zácpou ani průjmem • stolice byla formovaná a bez patologické příměsi • močil málo vzhledem ke svému onemocnění
Aktivita cvičení	<p><i>Hodnoceno subjektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • doma jsem velmi aktivní • provozuji menší opravy domu • chodím na kratší procházky <p><i>Hodnoceno objektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient se během pohybu cítil unavený • v některých oblastech sebezpěče potřeboval menší dopomoc • rád si odpoledne odpočinul na lůžku • tělesná aktivita pacienta je omezená z důvodu zavedení Tenckhoffera katétru
Spánek, odpočinek	<p><i>Hodnoceno subjektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • se spánkem nemám potíže • neužívám žádná hypnotika • na moje onemocnění jsem si již zvykl, tudíž nemá žádný vliv na usínání <p><i>Hodnoceno objektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient neměl během hospitalizace potíže s usínáním • v noci měl klidný spánek • hypnotika neužíval
Vnímání, poznávání	<p><i>Hodnoceno subjektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • myslím si, že jsem dobře orientován • jsem přátelský a myslím, že i velmi komunikativní • paměť mám ještě dobrou <p><i>Hodnoceno objektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient sám sebe vnímal jako nekonfliktního člověka • navzdory svému onemocnění byl komunikativní • působil inteligentním dojmem
Sebepojetí, sebeúcta	<p><i>Hodnoceno subjektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • sám sebe hodnotím jako optimistu • v současné době se cítím lehce deprimovaný častými hospitalizacemi • zastávám heslo „víra tvá tě uzdraví“ • domnívám se, že onemocnění neovlivnilo moje chování ani reakce <p><i>Hodnoceno objektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient působil dojmem přátelského člověka • v rozhovoru zmiňoval, že má přátele • změny nálad a emocí jsem u pacienta nepozorovala

Role, vztahy	<p><i>Hodnoceno subjektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • s manželkou mám i po tolika letech manželství hezký vztah • rodina je mojí oporou, mohu od ní očekávat péči a těšit se přijetí • rodinné vztahy hodnotím velmi kladně <p><i>Hodnoceno objektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • rodina je funkční, manželka ho navštěvovala • rodina má pochopení pro jeho onemocnění • pacient měl dobré vztahy se zdravotnickým personálem
Reprodukce a sexualita	<p><i>Hodnoceno subjektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • jsem otec a tak své povinnosti jsem již splnil • svou ženu mám velmi rád • uvědomuji si, že už to po tolika letech nemůže být jiné a se situací jsem již zcela smířen <p><i>Hodnoceno objektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient, jak nám sdělil, svoji reprodukční roli již splnil, a se situací je smířen • k sexualitě se nevyjádřil
Stres – zvládnutí, tolerance	<p><i>Hodnoceno subjektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • vždy se snažím stresu předcházet • své onemocnění, přestože není banální, vnímám s klidem • ze svého onemocnění se necítím frustrovaný • myslím si, že někteří lidé mohou být nemocní více <p><i>Hodnoceno objektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • na hospitalizaci se dobře adaptoval, neboť je to již několikátá v pořadí • nikdy jsem u něj nezpozorovala žádnou formu maladaptivního chování • nemocný se smířil se svým onemocněním a naučil se akceptovat svůj zdravotní stav • překonal problémy spojené se svým onemocněním
Víra – životní hodnoty	<p><i>Hodnoceno subjektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • v žebříčku hodnot na první místo řadím rodinu • nyní vzhledem k častým komplikacím jsem hodnoty pozměnil a před rodinou preferuji zdraví • duchovní život nevedu <p><i>Hodnoceno objektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • z rozhovoru s pacientem vyplynulo, že se snažil věřit, že jeho hospitalizace v budoucnu nebudou tak časté • nechtěl si připustit myšlenku, že peritoneální dialýza bude v brzké době nahrazena hemodialýzou
Jiné	<p><i>Hodnoceno subjektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • na všechny otázky, týkající se mého onemocnění, dokážu najít odpověď • myslím, že danou situaci dobře zvládám <p><i>Hodnoceno objektivně</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient se nestyděl o své onemocnění mluvit • nebyl nikdy agresivní • nemocný se naučil řešit nové situace spojené s realizací diagnosticko-terapeutických postupů

Součástí ošetrovatelského procesu bylo provedení Barthelové test základních všedních činností, kde pacient dosáhl 70 bodů a dle stupnice Nortonové určení rizika vzniku dekubitu, jsme ohodnotili pacienta 28 body (viz. přílohy B, C).

Vypracovala jsem čtyři aktuální diagnózy a dvě potenciální, které jsme společně s pacientem stanovili, dle jeho priorit.

Ošetrovatelské diagnózy aktuální – dle NANDA taxonomie II

Akutní bolest – 00132

Cíl ošetrovatelské péče:

- nemocný udává pocit pohody
- je klidný a uvolněný
- udává zmírnění únavy
- umí určit strategie boje proti bolesti

Plán ošetrovatelské péče:

- aplikovat léky podle potřeby dle ordinace lékaře
- nacvičit s nemocným správné vstávání z lůžka s přidržením operační rány
- po podání analgetika zhodnotit efekt

Realizace intervencí:

- Z rozhovoru s pacientem jsme zjistili, že na analogové vizuální škále od jedné do deseti (přičemž 1 – bez bolesti, 10 – bolest velmi silná) udával vnímání bolesti na stupni č. 4, analgetickou léčbu vyžadoval, po podání jedné tablety Novalginu po dvou hodinách bolest ustoupila.

Vyhodnocení

- Podaná analgetická léčba byla s efektem. Pacient dokázal určit lokalitu bolesti.

Porušená kožní integrita – 00046

Porucha tkáňové integrity z důvodu zavedení peritoneálního katétru a AVF shuntu.

Cíl ošetrovatelské péče

- okolí peritoneálního katétru bez známek zarudnutí a je nebolestivé
- Tenckhofferův katétr je plně funkční

- AVF shunt je funkční
- seznámit pacienta v oblasti ošetrovatelské péče o kontinuální Tenckhoffův katétr

Plán ošetrovatelské péče

- sledovat známky infekce
- monitorovat fyziologické funkce
- pacient zná rizika, která vedou k poškození kůže

Realizace intervencí

- Při převazu jsme vždy použili ochranné pracovní pomůcky, okolí katétru řádně dezinfikovali. Aplikovali jsme antibakteriální přípravky, místo vpichu a jeho okolí sledovali a fixovali polopropustnou folii Tagaderm. Vše jsme řádně zapisovali do ošetrovatelské dokumentace.

Vyhodnocení

- Během hospitalizace bylo místo vpichu je klidné, nejevilo žádné známky zánětu. Pacient v okolí vyústění katétru neudával bolest.

Deficitní znalost (v souvislosti se změnou zdravotního stavu, léčebného režimu a se základním onemocněním) – 00126

Cíl ošetrovatelské péče:

- Nemocný má dostatek znalostí o možnostech léčby
- Nemocný přiměřeně využívá informace

Plán ošetrovatelské péče:

- Informovat nemocného o pohybovém režimu
- Zprostředkovat dle přání pacienta rozhovor s lékařem
- Dostatečně pacienta edukovat v oblasti nově zvolené metody léčby

Realizace intervencí:

- Rozhovorem s pacientem jsme zjistili, že se sám o tuto metodu zajímal, informoval se u svého lékaře a tudíž na základě vyšetření a krevních výsledků mohla být léčba zahájena. Zhodnotili jsme jeho schopnost rozumět dané události. Posoudili jsme, na kolik pacient rozumí současné situaci a snažili jsme se pomoci mu ji zvládnout. Kladli jsme důraz na to, aby znal svou nemoc, správně

vykonával předepsané postupy a účastnil se na léčbě. Pacient byl v průběhu léčby napojen na automatickou peritoneální dialýzu (dále jen APD).

Pacienti, kteří v současné době podstupují peritoneální léčbu, mají možnost si vybrat ze dvou metod: CAPD nebo APD, to je dialýza, kdy výměny za pacienta provádí přístroj, nejčastěji v noci. Jednoduchost a pohodlnost APD si získala pozornost lékařů i pacientů. „Co ve skutečnosti znamená pro pacienta být léčen peritoneální dialýzou, je na prvním místě větší svoboda, neboť pacient navštěvuje dialyzační středisko pouze jedenkrát měsíčně“ uvádí MUDr. Michaela Ságová (Nephro Care: Péče pro mne s. 26 - 27).

Vyhodnocení:

- Pacient porozuměl principu peritoneální dialýzy. Po třech ukázkách výměn dialyzačního roztoku zvládl již proceduru samostatně. Ke svému onemocnění přistupoval nemocný velmi svědomitě. Pokud mu bylo něco nesrozumitelné, zeptal se a bylo na něm znát, že má velkou snahu všemu porozumět.

Zhoršená pohyblivost – 00085

Z důvodu základního onemocnění a bolesti projevující se sníženou sebepéčí v oblasti pohybu

Cíl ošetrovatelské péče:

- Zajistit aktivní pomoc druhé osoby, nebo zdravotnického personálu
- Zajistit signalizaci v blízkosti pacienta
- Motivovat a povzbuzovat pacienta

Plán ošetrovatelské péče:

- Zajistit aktivní pomoc, popřípadně aktivní pomoc rodiny
- Zajistit signalizaci v dostatečnou dosažitelnost
- Pacient se umí přesunout do křesla

Realizace intervencí:

- Doprovodili jsme pacienta na toaletu a zajistili přítomnost fyzioterapeutky na toaletě. Po ranní hygieně jsme mu podali čisté pyžamo a pomohli mu jej obléci. V případě transportu na vyšetření mimo budovu (ECHO a UZ AVF SHUNT) jsme pomohli obléci jeho osobní věci.

Seznámili jsme pacienta s významem dostatečné pohybové aktivity a přiměřené fyzické kondice, které mají pro organismus mnohostranný význam např. zlepšují zdravotní stav

nemocného, chrání ho před dalšími nemocí, navozují pozitivní emoce a v neposlední řadě zvyšují výkonnost dalších orgánů (Trachtová a kol.rok, s. 27-28).

Vyhodnocení:

- Pacient byl v této oblasti soběstačný, zvládnul bez pomoci druhé osoby dojít na toaletu a provést ranní hygienu. Obléci se sám nedokázal.

Ošetrovatelské diagnózy potenciální – dle NANDA taxonomie II

Riziko infekce – 00004

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacient je bez zvýšené teploty
- Pacient je bez známek infekce

Plán ošetrovatelské péče:

- Dodržovat zásady hygieny a asepsy při převazu
- Podat informace týkající se prevence vzniku infekce
- Kontrolovat operační ránu

Realizace intervencí:

- Dbali jsme, aby pacient nejevil známky infekce, neměl vysoké zánětlivé markry (sedimentace, CRP) a vše jsme řádně zaznamenávali do dokumentace.

Infekce kůže v okolí exit site je definována jako zarudnutí kolem místa vyústění katétru popřípadě s hnisavou sekrecí. Frekvence výskytu je 1 na 12 měsíců. Nejčastější příčinou je stafylococcus aureus a z gramnegativních mikroorganismů je nejčastější příčinou Pseudomonasaeruginosa. Kultivační vyšetření stěru z okolí katétru je přínosné jen tehdy, je-li hnisavá sekrece (Bednářová, Sulková s. 56).

Vyhodnocení:

- Po celou dobu hospitalizace neměl pacient známky infekce, ani třesavku či jiné symptomy signalizující nachlazení.

Riziko pádu – 00155

Z důvodu poruchy mobility nyní potíží s chůzí, slabostí při vstávání, častá únava, kolaps.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient je bez pádu a zranění
- Zajistit přítomnost fyzioterapeutky
- Pacient je mobilní, bez pomoci druhé osoby

Plán ošetrovatelské péče:

- Zajistit zvýšený dohled u pacienta
- Ukládat věci tak, aby byly lehce dosažitelné
- Informovat pacienta o tzv. ortostatické hypotenzi

Realizace intervencí:

- Pacienta jsme poučili o použití signalizačního zařízení a zkontrolovali jeho dosažitelnost. Snažili se odstranit všechny možné překážky bránící při chůzi po pokoji, nebo vstupu na toaletu. V noci jsme zajistili vhodné osvětlení – noční světlo. Osobní věci pacienta jsme uložili v dostupnou dosažitelnost.

Vyhodnocení:

- Pacient byl pod dozorem ošetřujícího personálu, byl orientovaný v prostoru, při vstávání z lůžka byl soběstačný, při použití toalety a koupelny nevyžadoval dopomoc druhé osoby.

Po dvou týdnech pobytu v nemocnici byl pacient v celkově dobrém stavu propuštěn domů.

11 IV. PERITONITIDA

V červenci 2014 přišel pro bolesti břicha (dg. akutní peritonitida, vedlejší diagnózy: diabetes mellitus nezávislý na inzulinu), večer se sám napojil na cykler, ráno upozoroval zkalení dialyzátu. Byl přijat pro relaps peritonitidy během dvou měsíců. Pacient se cítil psychicky vyčerpaný. Přes všechna úskalí spojená s peritoneální dialýzou se však nechtěl smířit nyní již skoro s nutností změny metody léčby, jak se později ukázalo, s návratem k hemodialýze.

Ošetrovatelskou anamnézou a fyzikálním vyšetřením sestrou bylo zjištěno: pacient spolupracoval, byl plně orientovaný, udával pouze bolesti břicha, ostatní bolesti negoval, nezvracel, měl chuť k jídlu, pozorována třesavka, febrilní-teplota 37,5°C.

Fyziologické funkce:

- TK 90/50 mm Hg
- TF 65/min.
- TT 37,5 stupňů Celsia
- DF 16/min.
 - Antropometrické údaje: BMI: 28 (pacient měl nadváhu),
(výška 175 cm, váha 82 kg)

Fyziologické funkce jsme monitorovali dle ordinace lékaře, třikrát denně, dále byla kontrolována ve stejných intervalech glykemie a denně sledována tělesná hmotnost. Vše jsme řádně zaznamenávali do zdravotnické dokumentace. Při převazu Tenckhoffova katétru se první den provedl stěr z exit site.

Antibiotická léčba byla během hospitalizace měněna v souvislosti s laboratorními výsledky. Denně byl odebírán dialyzát na buňky a na kultivaci a citlivost. Výsledek vyšetření z druhého dne hospitalizace je znázorněn v tabulce č. 6.

Monitorovali jsme denně bolest a pacient udával dle škály hodnotící bolest číslo 5. Do výměnného vaku jsme proto ke snížení bolesti aplikovali 10 ml Mesocainu 1 %. Léčba byla s efektem a po dvou dnech se bolest zmírnila.

Po zahájení cílené léčby ATB se stav zlepšoval, pacient byl bez bolesti, soběstačný ve všech oblastech, afebrilní, deprese ustoupila, cítil se dobře.

Posléze došlo k opětovnému zhoršení s rozvojem výrazných bolestí a plegií levé dolní končetiny. Lékařem byla objednána časná angiografie tepen LDK, při které byl zjištěn téměř úplný uzávěr levé společné ilické tepny a následně provedena endovaskulární intervence (PTA)

zmíněné oblasti s dobrým efektem dle kontrolního nástriku. Nicméně pacient byl nadále v nedobrému stavu, hypotenzní, proto indikován překlad na lůžko intenzivní péče.

Během hospitalizace proběhla již hemodialýza cestou AVF na levém předloktí z důvodu hyperhydratace při retenci z výměn. Pacient byl deprimován, stěžoval si na situaci, z rozhovoru s ním bylo patrné, že další peritonitida je pro něj obrovská psychická zátěž. Udával zhoršení psychického stavu a strach z toho, co bude.

Z psychologického konsilia vyplynulo, že je velmi uzavřený, smutný a zklamaný, neboť se ještě nově objevily bolesti DK, které se stále zhoršovaly, limitovaly ho v chůzi, omezovaly v běžných aktivitách a při práci kolem domu. Cévní intervence, od které si sliboval úlevu od bolesti, byla pro peritonitidu odložena a z toho právě pramenila skleslá a depresivní nálada. Psychická nepohoda byla evidentní s rostoucím vyčerpáním, které souviselo s chronickou nemocí, komplikacemi léčení, zhoršující se soběstačností a především nově objevující se bolesti DK.

Přesto, že již byl zařazen do hemodialyzačního programu, měl obavy z možného ukončení peritoneální dialýzy. Na změnu se necítil. Uvedl, že je rád doma a nechtěl si připustit, že by třikrát týdně musel navštěvovat hemodialyzační středisko.

Tabulka č. 6 - Laboratorní vyšetření ze dne 9. 7. 2014, zdroj:LD

Dialyzát K+C
Primokultura
1.Staphylococcus hominid
Citlivost ciprofloxacin
Klindamycin
Gentamycin
Oxacilin
Tetracyklin
Cloramfenikol
Vankomycin
Dialyzát
Erytrocyty mikr.-20 000
Leukocyty mikr.-50 000

Poslední den ještě proběhla výměna dialyzačního roztoku a pacient odjížděl ve stabilizovaném stavu sanitou domů.

12 EDUKACE O HEMODIALÝZE

V srpnu 2014 byl pacient opět přijat na naše oddělení především z důvodu edukace o hemodialýze. Byl orientovaný, spolupracoval. Bolest dle hodnotící analogové škály udal na čísle 4, febrilní 37,6°C, bez dušnosti, cyanózy.

Fyziologické funkce při přijetí:

- TK100/60 mm Hg
- TF 60/min.
- TT 37.6 stupňů Celsia
- DF 14/min.
- Antropometrické údaje- BMI: 24 (pacient měl normální hmotnost),
(váha 73kg, výška 175 cm)

Farmakologická léčba, kterou byl pacient léčen již před hospitalizací, je znázorněna v tabulce č. 7.

Ze zdravotnické dokumentace vyplynulo, že pacient byl hospitalizován na koronární jednotce interní kliniky koncem července 2014 s dg. Akutní a subakutní infekční endokarditis (další dg. Chronické selhání ledvin, Chronické srdeční selhání, ICHDK). Po akutní trombektomii arteriopoplitea byl z důvodu hypotenze přeložen na kardiologickou jednotku intenzivní péči. Přesto, že nebylo jednoznačné podezření na začínající peritonitidu nefrologické konsilium se rozhodlo pro explantaci Tencfkhoffova katétru. Byla provedena nekomplikovaná explantace katétru. Hlavním důvodem byl již existující dialyzační shunt a dvě recentní peritonitidy krátce po sobě. Pacient převeden zpět na intermitentní HD cestou AVF na levém předloktí. Součástí pátrání po zdroji infekce byla provedena transeofageální echokardiografie s nálezem vegetace na mitrální chlopni. Při příjmu byl pacient somnolentní, na dotazy odpovídal nepřesně, nebyl orientovaný místem, časem ani situací, jen částečně osobou. Měl snahu spolupracovat a základním výzvám vyhověl.

Edukace o znovu zavedené hemodialýze proběhla formou přednášky, pacient byl již před lety zařazen do hemodialyzačního programu, tudíž edukace pro něj nebyla neznámá.

Péče o AVF:

Poučili jsme pacienta, že horní končetinu s cévním přístupem nesmí přetěžovat, musí zabránit jejímu zaškrcení lemem oblečení, náramku hodinek, tašky. Nesmí danou končetinu nabízet k měření krevního tlaku. Upozornili jsme na zákaz aplikace injekcí a odebírání krve. Ke

zlepšení elasticity pokožky je vhodné končetinu promazat mastí. Pacient musí sledovat změnu barvy a teploty končetiny a při vnímání bolestivosti nebo zániku šumu v místě cévního přístupu informovat hemodialyzační středisko. S informacemi byl pacient seznámen hemodialyzační sestrou, lékařem a sestrou z lůžkového oddělení.

Péče o psychiku pacienta:

Jakékoli vleklé těžké onemocnění a jeho léčba působí nejen na tělo, ale stejnou mírou i na psychiku. Nemocný zahajující dialyzační léčbu prochází fázemi, které jsou reakcí na psychiku (Svoboda, s. 100). Pacienta jsme psychicky podporovali, snažili se mu být oporou. Seznámili ho s možností cestování. Uklidňovali tím, že každý problém spojený s hemodialýzou pojmenujeme, vysvětlíme. Povzbuzovali jsme ho, aby se nestyděl o svých problémech mluvit.

Dietní a pitný režim při renálním selhání:

Vysvětlili jsme nemocnému, že příjem tekutin se odvíjí od schopnosti močit. Přičemž platí, že příjem se rovná výdeji. Jelikož se množství započítávají i tekutiny v potravinách, doporučili jsme polévky vynechat úplně. Poučili jsme pacienta o omezení potravin, které vyvolávají žízeň. Ke zjištění a kontrole příjmu tekutin je vhodné vše si řádně zaznamenávat. Dále jsme zmínili rizikové potraviny s vysokým obsahem draslíku a fosforu. Při nadměrné hladině draslíku je vysoké riziko srdeční zátěže a nadměrná hladina fosforu zvyšuje riziko kostní nemoci. A naopak doporučený příjem bílkovin je zde vyšší než u zdravého člověka. Hodnotnější jsou živočišné bílkoviny, například maso nebo ryby.

Edukace proběhla, jak už bylo zmíněno ústní formou (přednáška), pacientovi byly předány edukační materiály, dále na oddělení hemodialýzy měl k dispozici nástěnku s informačním materiálem.

Tabulka č. 7 - Farmakoterapie

Perorálně		
<i>Název</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Léková skupina</i>
Helicid 20 mg	1-0-1	Inhibitor protonové pumpy
Apo-Atorvastatin 20 mg	0-0-1	Statiny
Trombex 75 mg	0-1-0	Fibrinolitikum
Ursosan cps.	1-0-2	Hepatika
Novalgin 500 mg	1-1-1	Analgetikum
Anopyrin 100 mg- vzhledem ke krvácení zatím nepodávat		Antitrombotikum
Injekce(s.c.,i.m.,i.v.)		
Fraxiparinemulti 0,4 ml	1krát denně 20:00 (dnes nepodávat)	Antikoagilancia
Transdermální náplast:		
Buprenorphin 70 ug/hod	72 hod (další výměna 14.8. ve 14:00)	Opiát

U pacienta jsme na základě sběru anamnestických dat stanovili dle pacientových priorit a rizikových faktorů tři aktuální a tři potencionální ošetrovatelské diagnózy. Představují konkrétní ohrožení a bez poskytnutí ošetrovatelské péče se mohou přeměnit v diagnózy aktuální. Přítomnost potenciální diagnózy je signálem k zabezpečení ošetrovatelské péče zaměřené na preventivní opatření (J.Marečková, s37).

Ošetrovatelské diagnózy aktuální - dle NANDA taxonomie II

Bolest akutní 00132

Z důvodu základního onemocnění, projevující se naříkáním, poruchou spánku, výrazem bolesti v obličeji.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Povzbuzovat pacienta
- Podat informace o možnosti analgetické léčby
- Psychicky podpořit
- Nalézt úlevovou polohu
- Spánek bez subjektivního pocitu bolesti

Plán ošetrovatelské péče:

- Mít možnost vypovídat se z bolesti
- Naslouchat pacientovi

Realizace intervencí:

- Pacient dle analogové vizuální škály udával bolest v bodě číslo 6, proto jsme podali analgetikum dle lékaře, sledovali efekt, vše řádně zapisovali do dokumentace, zhodnotili dobu, kdy byl pacient bez bolesti. Sledovali jsme psychický stav nemocného a podporovali ho.

Vyhodnocení:

- Analgetická léčba s efektem. Pacient měl klidný spánek, bolest neudával. Ke konci hospitalizace již analgetika nepotřeboval.

Deficit sebepéče při koupání a hygieně 00108

Z důvodu základního onemocnění, bolesti, pooperačního výkonu, projevující se sníženou sebepéčí v oblasti celkové hygieny.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Zvládnutí ranní hygieny bez dopomoci.
- Zajistit signalizační zařízení v dosahu pacienta
- Vnímat potřebu hygieny a čistoty jako základní biologickou potřebu.
- Hodnotit soběstačnost nemocného v oblasti hygieny.
- Dokázat popsat problémy v souvislosti s hygienou.

Plán ošetrovatelské péče:

- Zajisti dopomoc v oblasti hygieny
- Motivovat a povzbuzovat pacienta
- Pacient dokáže popsat problémy v souvislosti s hygienou
- Pacient má pocit pohodlí a spokojenosti z tělesné čistoty

Realizace intervencí:

- V prvních dnech vykonával nemocný hygienu s částečnou dopomocí personálu u lůžka z důvodu trvající bolesti a ztráty soběstačnosti z důvodu základního onemocnění. Následující dny se stav zlepšoval a pacient používal koupelnu. Poučili jsme ho o signalizačním zařízení, kterým si v případě potřeby v koupelně přivolá ošetřující personál. Dohlédli jsme i na hygienu dutiny ústní a péči o nehty.

Vyhodnocení:

- Pacient provedl hygienu bez pomoci personálu, byl soběstačný ve všech oblastech. Uvědomoval si důležitost hygieny v souvislosti s invazivním vstupem.

Porušená kožní integrita 00046

Z důvodu základního onemocnění, invazivního vstupu a z důvodu mechanických příčin- operační výkon, projevující se změnami na kůži

Cíl ošetrovatelské péče:

- Zná rizika vedoucí k poškození kůže.
- Má neporušenou, růžovou a dostatečně hydratovanou kůži.
- Má přiměřený kožní turgor.
- Má pocit pohody a spokojenosti.
- Udržovat lůžko v čistotě a suchu.

Plán ošetrovateľskej péče:

- Udržovať lôžko v čistote.
- Má primeraný kožný turgor.
- Nemá pálenie, svädění kůže a jiné problémy.

Realizace intervencí:

- Sledovali jsme stav operační rány po extrakci peritoneálního katétru. Všímal si známek zarudnutí, infekce a bolesti v místě po extrakci. Edukovali jsme pacienta o šetrnění dané končetiny, nevystavovat ji tlaku.

Vyhodnocení:

- Operační rána byla zcela bez prosaku. Okolí AV-shuntu klidné, bez zarudnutí.

Ošetrovateľské diagnózy potencionální - dle NANDA taxonomie II**Riziko infekce 00004**

Z dôvodu porušení kožní integrity a zavedení invazivního vstupu.

Cíl ošetrovateľskej péče:

- Nejeví známky infekce.
- AV-shunt funkční.
- Rozpozná symptomy infekce
- Kůže v okolí AV-shuntu je klidná, bez zarudnutí, na končetině necítil bolest.

Plán ošetrovateľskej péče:

- Sledovat známky infekce
- Edukovat pacienta o možném vzniku infekce
- Denně sledovat místa možného vzniku infekce
- Vše provádět za aseptických podmínek

Realizace intervencí:

- Sledovali a všímali si známek infekce, celkového stavu pacienta, měřila FF.
- Vše prováděla za aseptických podmínek.
- Edukovala pacienta a následně i jeho rodinu o možném riziku vzniku infekce.
- Změny zaznamenávala do dokumentace a informovala lékaře.

Vyhodnocení:

- Pacient byl po dobu hospitalizace bez infekce.

Riziko pádů 00155

Z důvodu „Zjištění rizika pádu“ v testu zjišťující riziko úrazu a pádu.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Uvědomuje si faktory, které zvyšují možnost úrazu.
- Ví, jak se chránit před určitými riziky.
- Rozpozná možné nebezpečné faktory prostředí.

Plán ošetrovatelské péče:

- Poučit pacienta o nošení vhodné obuvi
- Určit znalost potřebné prevence poranění
- Dbát, aby se pacient neporanil

Realizace intervencí:

- V prvních dnech hospitalizace jsme zajistili zvýšený dohled.
- Poučili pacienta o možnosti dopomoci druhé osoby.
- Popsali jsme postupné kroky při vstávání z lůžka.

Vyhodnocení:

- Během hospitalizace byl pacient bez pádu a zranění, byl soběstačný, nevyžadoval při vstávání z lůžka ani při jiném pohybu dopomoc.

Riziko perioperačního poškození 00087

Z důvodu základního onemocnění a operačního výkonu.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Neutrpět poranění v důsledku perioperační dezorientace.
- Kontrolovat pokožku, především pooperační místo.
- Edukovat pacienta na téma: klid na lůžku

Plán ošetrovatelské péče:

- Poučit pacienta, jak se vyvarovat rizik a komplikací ve spojení s operačním výkonem
- Kontrolovat stav operační rány
- Převaz místa po explantaci peritoneálního katétru provádět za sterilních podmínek

Realizace intervencí:

- Poučili jsme pacienta, jak se vyvarovat rizik a komplikací souvisejících s operačním výkonem.
- Sledovali jsme stav fixace pooperační rány.

Vyhodnocení:

- Po dobu našeho ošetřování nedošlo ke krvácení z místa po odstranění Tenckoffova katétru.

Desátý den byl pacient ve stabilizovaném stavu propuštěn do domácího ošetřování.

13 DISKUZE

Není zcela jednoznačné, jaká z léčebných metod, hemodialýza či peritoneální dialýza je z pohledu medicínského pro pacienta nejvhodnější. Na jedné straně zůstává preference pacienta a na druhé straně medicínské důvody, které mohou výběr terapie v konkrétních případech limitovat. Podstatnými faktory při výběru vhodné metody je sám pacient, jeho zdravotní stav, rodina, bytové podmínky a jiné.

Stejně tomu bylo i u pacienta z naší případové studie. Poskytování ošetrovatelské péče je u pacientů léčených peritoneální dialýzou a hemodialýzou do značné míry rozdílná. Pacient léčený peritoneální dialýzou se musí naučit pečovat o chronický peritoneální katétr. Proceduru peritoneální dialýzy provádí pacient sám. V případě komplikace vyžadující hospitalizaci, je ošetrovatelská péče zaměřena na zmírnění příznaků infekce zahájením antibiotické léčby nebo na zmírnění bolesti přidáním lokálního anestetika Mesocainu do dialyzačního roztoku. U pacienta s peritonitidou je zapotřebí denně sledovat příjem a výdej tekutin, jak tomu bylo i u pacienta z případové studie. Při zánětu pobřišnice je omezena ultrafiltrační kapacita pobřišnice a dochází k zadržování tekutin. Pacientovi se musí opakovaně předvést postup při výměnách roztoku a péči o vyústění katétru. Kvalita a ucelenost ošetrovatelské péče je základní a nezpochybnitelný požadavek, který musí být splněn při ošetrování pacienta s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou.

Co se týče vzniku četných peritonitid, které se staly důvodem hospitalizační léčby, pacient dodal následující: *„Myslím si, že jsem byl dostatečně informován o tom, jak mám postupovat u peritoneální dialýzy. Nejsem si vědom chyby, která by mohla moje časté komplikace způsobit.“*. Léčba pacientovi velice vyhovovala a zpočátku byl velmi spokojený. Byl rád, že nemusí často docházet na kontroly a není závislý na hemodialyzačním středisku.

Peritoneálně dialyzovaní pacienti se musí správně asepticky naučit vyměňovat dialyzační roztoky tak, aby si do organismu nezanесли infekci. Pacienti léčení hemodialýzou navštěvují středisko dvakrát až třikrát týdně. Z tohoto poznatku je zřejmé, že právě tito nemocní jsou častěji vystaveni komplikacím, než nemocní závislí na hemodialyzačním přístroji. Ti jsou častěji v kontaktu s ošetřujícím personálem a příznaky komplikací mohou být včas rozpoznány.

Výše uvedená kazuistika ukazuje též, jak je důležité si uvědomit, že u peritoneálně léčených pacientů je vyšší riziko deprese a úzkosti. Vzhledem k volnějšímu kontaktu s dialyzačním střediskem jsou deprese a stavy úzkosti nedostatečně diagnostikovány. Studie

Jurgensena a Troidle prokázaly častější výskyt peritonitidy u depresivních pacientů (Bednářová, s. 87). Je zde otázka k zamyšlení, zda časté záněty peritonea u pacienta z naší případové studie se staly z části i z tohoto důvodu.

Tvrzení nám vyvrací katamnéza. Z telefonického rozhovoru s pacientem je nám známo následující. Uvedl: „ *Rozhodně jsem během léčby peritoneální dialýzou netrpěl depresivním stavem. Moje onemocnění je chronické a danou metodu jsem si zvolil po dohodě s ošetřujícím lékařem sám.*“ Pocity úzkosti, které se projevíly během léčby a následujících častých pobytů ve zdravotnickém zařízení byly důsledkem nezvládnutelného chronického stresu a ztrát, které s sebou léčba dané metody přinesla.

Zřejmě by mohla vyvstat otázka, zda by nebylo vhodné zavést ve všech nefrologických ambulancích jako součást ošetrovatelské péče dotazník na depresi, například psychologický test zhodnocení závažnosti příznaků deprese podle Arona Becka (Yesavage 1988).

Během naší studie jsme popsali několik hospitalizací, z nichž čtyři byly v důsledku infekční komplikace. Z tohoto důvodu byla peritoneální dialýza ukončena a pacient byl opět zařazen do hemodialyzačního programu. Pacient zpočátku odmítal přistoupit na myšlenku, že bude několikrát týdně navštěvovat hemodialyzační středisko.

V době znovuzahájení hemodialýzy jsem posuzovala kvalitu života rozhovorem s ním, informovala se na jeho subjektivní pocity. Pacient mi sdělil, že od peritoneální dialýzy očekával lepší kvalitu života. Přímou uvedl: „*Nejsem vůbec nadšený, že budu pravidelně navštěvovat hemodialyzační středisko. Slibuji si od toho snad jen to, že nastane méně komplikací a nebudu tak často hospitalizován.*“ S pacientem jsem ve stálém kontaktu. Dozvěděla jsem se, že je hemodialyzován třikrát týdně a je spokojený. Za celých osm měsíců, co středisko navštěvuje, nenastala žádná komplikace, pro kterou by musel být hospitalizován. Což o metodě předchozí se říct nedá.

Dále jsme chtěli v bakalářské práci popsat rozdíly v edukaci pacienta při obou výše zmíněných eliminačních metodách. Je-li dostatečně srozumitelná a pacient dokáže určit symptomy, které signalizují jednu z nejčastějších komplikací. Je-li nemocný bez obtíží, dochází do dialyzačního střediska jednou měsíčně. Peritoneální sestra by měla zajistit, aby se pacient uměl sám o sebe postarat tím nejlepším způsobem. Pacient si provádí dialýzu sám doma a to může být někdy problém. Edukace u pacienta léčeného peritoneální dialýzou je rozsáhlejší. Jde především o problematiku akutní peritonitidy, ta často komplikuje průběh peritoneální dialýzy. Riziko vzniku akutního zánětu pobřišnice lze snížit dodržováním režimových opatření.

Informace související s těmito opatřeními tvoří nedílnou součást edukace pacienta. Edukace byla prováděna u pacienta již v době, kdy stál před rozhodnutím, zda jako náhradu funkce zvolí peritoneální dialýzu, nebo hemodialýzu. Hemodialyzovaní pacienti jsou v užším kontaktu s ošetřujícím personálem a tudíž neustále sledováni. Riziko komplikací je podstatně menší. Zde je třeba informovat pacienta především o cévním přístupu, jelikož může předcházet možným komplikacím. Minimálně jednou denně by měl svůj cévní přístup pohledem nebo pohmatem kontrolovat (Sulková, 2000, s. 177). Pacienta jsme edukovali o omezení příjmu potravin s vysokým obsahem draslíku a fosforu. Dále vyvarovat se příjmu potravin způsobující žízeň.

Jak jsme již uvedli v bakalářské práci, při metodě peritoneální dialýzy je pacient závislý sám na sobě. Musí se vlastní proceduru dialýzy naučit provádět sám, tudíž informovanost pacienta před úplným zahájením dané metody musí být rozsáhlejší. Mezi nejdůležitější patří především oblast hygieny a vytvoření aseptických podmínek v domácím prostředí pro výměnu dialyzačních roztoků. U hemodialyzační metody se nám jako nejdůležitější jevila péče o horní končetinu, na které se nachází cévní přístup. Způsob edukace byl identický při obou výše zmiňovaných léčebných metodách. A to především způsobem rozhovoru, názorné ukázky poskytnutím informačních materiálů.

Naším názorem před tímto výzkumem bylo, že pacient je hloubkově a dostatečně informován o metodě léčby a možných komplikací nejen při první návštěvě, ale i během léčby. Tato myšlenka se nám ne úplně potvrdila. Po zahájení hemodialyzační léčby pacient uvedl, že v době, kdy se zajímal a přál si léčbu peritoneální dialýzy, nebyl nikým upozorněn na vznik tak četných komplikací. Doslova cituji jeho slova: „*Kdybych věděl, kolikrát budu během tak krátké doby v nemocnici, na tuto metodu nikdy nepřistoupím. Nevzpomínám si, že by mě někdo při zahájení léčby o těchto možných komplikacích informoval.*“. Do určité míry však jde o to, co si pacient vůbec představí pod pojmem zánět pobřišnice. Je zcela možné, že si pod tímto onemocněním představí běžnou chřipku, jejíž symptomy za pár dnů odezní.

V ostatních pracích jsme se dočetli, že názory pacientů se liší. Jedni udávali ve výsledcích bakalářských prací, že byli edukováni pouze při první návštěvě, druhí i během léčby. Z odborných pramenů, použité literatury, dalších bakalářských prací nebo odborných článků, které jsme studovali při psaní bakalářské práce lze vydedukovat, že pacienti jsou na možná rizika informováni dostatečně. Zájem o peritoneální dialýzu je při rozhodování pacienta vyšší než o hemodialýzu a tak můžeme předpokládat, že možné komplikace, se kterými je jistě řádně seznámen, podcení.

Z poznatků kvalitativního šetření použitého pro zpracování bakalářské práce se nám zdá důležité doporučení pro praxi takové, aby byl při edukaci pacienta kladen důraz na zpětnou vazbu, zda pacient dostatečně všemu porozuměl. Zhodnotit ošetřujícím personálem, zda nemocný situaci dostatečně chápe. Především u pacientů, kde riziko infekce je podstatně vyšší, například starší pacienti, u pacientů s jazykovou bariérou, nebo fyzickým handicapem.

14 ZÁVĚR

Hlavním zjištěním bakalářské práce bylo, že počet komplikací u peritoneálně léčeného pacienta je mnohem vyšší než u pacienta zařazeného do hemodialyzačního programu. Pacient preferoval metodu peritoneální dialýzy. Pro časté infekční komplikace byla metoda ukončena a nahrazena hemodialyzační léčbou. Popsali a analyzovali jsme ošetrovatelskou péči o pacienta s kombinovanou dialýzou.

Zároveň jsme chtěli objasnit, jakým způsobem jsou pacienti edukováni o režimových opatřeních a popsat rozdílnost edukačních témat.

Metoda peritoneální dialýzy s sebou přináší větší rizika spojená s infekcí. Příčina vzniku infekce tkví především v tom, že nemocný si provádí dialyzační proceduru sám.

Součástí ošetrovatelské péče byly i rozhovory s nemocným. Na základě těchto rozhovorů jsme toto zjištění potvrdili. Pacient si však nebyl vědom jakékoliv chyby při výměně dialyzačního roztoku. Infekce zřejmě nebyla způsobena z důvodu nedodržení striktně aseptického přístupu. Nyní je léčený hemodialyzační metodou a je takřka bez obtíží. Dialyzační středisko navštěvuje třikrát týdně. Nutnost pacienta hospitalizovat z důvodu komplikace zatím nenastala.

Pro většinu léčených znamená ať hemodialýza nebo peritoneální dialýza velkou psychickou zátěž. V ošetrovatelské edukaci je zejména důležitá dobrá a efektivní komunikace, předání podstatných informací a vzájemný kontakt mezi sestrou a pacientem upevňuje důvěru nemocného k personálu. Základem edukace by mělo být doplnění informací, ochota ke zlepšení léčebného režimu, výživy a zlepšení zvládání psychické zátěže.

Výsledek bakalářské práce bychom rádi poskytli sestrám pracujícím v dialyzačních střediscích pro doplnění správné edukace ohledně informovanosti pacientů v rámci možných infekčních komplikací plynoucích z popisované metody léčby.

15 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AMATO, Rebecca L. Changes to the Nephrology Nursing Standard of Practice and Guidelines for Cares. *Hemodialysis Horizons* [online]. 2005, [cit. 2015-04-07]. Dostupné z: <http://www.aami.org/publications/hh/Nephrology.Nursing.Amato.pdf>
2. BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a Sylvie SULKOVÁ. *Peritoneální dialýza*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 334 s. ISBN 978-807-3450-052.
3. ČEŠKA, Richard. *Interna*. Praha: Triton, 2010, xix, 855 s. ISBN 978-807-3874-230.
4. DOENGES, E. Marilyn a MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, 568 s. ISBN 80-247-0242-8
5. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
6. JANOUŠKOVÁ, Jaroslava. *Komparace ošetrovatelské péče o nemocné s peritoneální dialýzou a hemodialýzou*. České Budějovice, 2014. Jihočeská Univerzita. s. 89
7. JÍŠOVÁ, Kristýna. *Ošetrovatelská péče o nemocného s dg. Chronická renální insuficience*. Praha, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 3. Lékařská fakulta.
8. KOCINOVÁ, Svatava a Zdeňka ŠTERBÁKOVÁ. *Přehled nejužívanějších léčiv: příručka pro střední zdravotnické školy*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium, 2013. ISBN 978-807-3330-958.
9. KOLEKTIV, Eva TRACHTOVÁ a. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-701-3285-x.
10. KRACÍKOVÁ, Jindra. *Význam peritoneální dialýzy v léčbě pacienta při chronickém selhání ledvin a role sestry*. In: [online]. [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: <http://www.nefrolsestry.cz/wp-content/uploads/peritonealni-dialyza.pdf>
11. KRITZNEROVÁ, Tereza. *Ošetrovatelská péče u nemocných s Alzheimerovou chorobou*. Praha, 2013. 77 s., 5 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Marková Eva.
12. KUTHONORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*, GradaPublishing, a.s., 2009, 176 s., ISBN 978-80-247-2713-4
13. MAJOR, Marek a Lukáš SVOBODA. *Náhrada funkce ledvin - hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2000. 38 s.. ISBN 8072541277.

14. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
15. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1362-4
16. OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku. *Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku* [online]. 2012, EMI - Ekonomika, Management, Inovace [cit. 2015-01-17]. Dostupné z: <http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/pdfwww/oleckacasestudyclanek.pdf>
17. OREL, Miroslav. *Somatopatologie: nauka o nemocech těla*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 192 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4714-9.
18. PASTOR, Jan. *Langenbeck's medical web page* [online]. [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: <http://langenbeck.webs.com>
19. PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovateľství v kostce*. Praha: Gradapublishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
20. Počátky a vzestup peritoneální dialýzy. *NephroCare: Péče pro mne*. 2014, č. 2, s. 26.
21. ROKYTA, Richard. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 359 s. ISBN 8085866455.
22. ROZSYPALOVÁ, Marie, Alena ŠAFRÁNKOVÁ a Renata VYTEJČKOVÁ. *Ošetrovateľství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium, 2009, 273 s. ISBN 978-80-7333-074-3.
23. SULKOVÁ Sylvie, Ludmila Nermutová. *Peritoneální dialýza pro sestry*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví: Brno, 1998. ISBN 80-7013-261-2.
24. SULKOVÁ, Sylvie. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, 2000, 693 s. ISBN 80-859-1222-8.
25. SVOBODA, Lukáš a Andrea MAHROVÁ. *Pohyb jako součást léčby dialyzovaných a transplantovaných pacientů*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 271 s. ISBN 9788073871475.
26. SYSEL, D., BELEJOVÁ, H., MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetrovateľského procesu*. 1. vyd. Brno: Tribun EU s. r. o., 2011, ISBN- 978-80-7399-289-7
27. SZONOWSKÁ, Barbora. Katetr pro peritoneální dialýzu. In: *Www.domaci-dialyza.cz* [online]. [cit. 2015-01-31]. Dostupné z: http://www.domaci-dialyza.cz/files/dokumenty/Stezen_4_2013_NR_katetr.pdf
28. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovateľství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.

29. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada, 2011. s. 9 – 13. ISBN 978-80-247-3223-7.
30. ŠTĚPÁNKOVÁ, Soňa a ŠUREL, Stanislav a ŘEHOŘOVÁ, Jitka. Chronická renální insuficience společným pohledem praktického lékaře a neurologa. In: *www.medicinapropraxi.cz*. [online]. [cit. 2015-02-04]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/03/02.pdf>
31. ŠŮSOVÁ, Andrea. *Specifika ošetrovateľskej péče u dialyzovaných pacientů*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Bakalářská práce, 2012. s. 71
32. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014, 377 s. ISBN 9788026206446.
33. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatel'stvo. Teória a vedecký výskum*. 2. Vyd. Martin: Osveta, 2009, ISBN-10: 80-8063-304-2.

16 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APD – automatizovaná peritoneální dialýza	ICHDK – ischemická choroba dolních končetin
ATB – antibiotika	K+C – kultivace + citlivost
AV Shunt – arteriovenózní spojka	Kt/V – adekvátnost dialýzy
AVF – cévní spojka mezi tepnou a žílou	LD – lékařská dokumentace
BMI – tělesný hmotnostní index	NANDA – American Nursing Diagnostic Association
CABG – bypass	PET – peritoneální ekvalibrační test
CAPD – kontinuální ambulantní peritoneální dialýza	PTA – perkutánní transluminální angioplastika
CMP – cévní mozková příhoda	PŽK – periferní žilní kanyla
DF – dechová frekvence	SpO ₂ – saturace krve kyslíkem
DK – dolní končetina	TK – krevní tlak
DM – diabetes mellitus	TP – tepová frekvence
ECHO – echokardiografie	TT – tělesná teplota
EPO – erytropoetin	Tx kadaverozní ledvina – transplantace ledvinného štěpu
EXIT SITE – výstup peritoneálního katétru	UZ AVF SHUNT – ultrazvuk cévního přístupu
FF – fyziologické funkce	VAS – vizuální analogová škála
HD – hemodialýza	VFN – Všeobecná fakultní nemocnice
HDS – hemodialyzační středisko	
CHRI – chronická insuficience	
CHRS – chronické renální selhání	
i.p. – peritoneálně	

PŘÍLOHY

Příloha A – Žádost o umožnění případové studie

Příloha B – Barthelův test pacienta

Příloha C – Riziko dekubitu dle Northon score


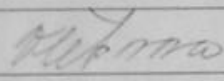
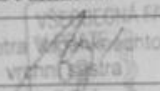
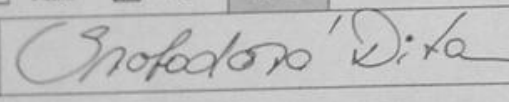
Příloha D – Foto peritoneální dialýzy

Příloha E – Schéma hemodialýzy

Příloha F – Seznam tabulek

Příloha G – Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce

Příloha A

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci		F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
	Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací		
Příjmení a jméno žadatele	Jana Vlčková		
Kontaktní adresa	Čistovická 45, Praha 6, 16900		
Telefon	602741978	e-mailová adresa	j.vlckovova@seznam.cz
Škola / fakulta	1. LF UK		
Obor studia	Ošetřovatelství		
Téma závěrečné práce	Ošetřovatelský proces u nemocného léčeného kombinovanou dialýzou		
Termín sběru dat	Duben 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Interní oddělení Strahov VFN v Praze		
Zjišťované informace	Případová studie – kvalitativní výzkum		
Forma prezentace dat:	Bakalářská práce		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	10.4.15	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	10.4.2015	Podpis	 Bo. Petra Vojtěcha vrchní sestra Interní oddělení Strahov VFN v Praze
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitel	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum	14.4.15	Podpis	 Mgr. Dita Svobodová, Ph.D.

Příloha B

BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ			
činnost		provedení činnosti	bodové skóre
1.	příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	koupání	samostatně nebo	
		s pomocí	5
		neprovede	0
4.	osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
5.	kontinence moči	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	chůze po rovině	samostatně nad 50m	15
		s pomocí 50m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem bodů:			
Hodnocení stupně závislosti:			
0 - 40		vysoce závislý	
45-60		závislost středního stupně	
65-95		lehká závislost	
96-100		nezávislý	

Příloha C

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ								Opakujte screeniny po 7 dnech hospitalizace
Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4 •úplná	•do 10 let	•normální	•žádné	•dobrý	•bdělý	•chodící, samostatný	•úplná	•kontinentní
3 •malá	•do 30 let	•suchá, šupinatá	•snížení imunity •horečka •diabetes mellitus	•zhoršen	•apatický	•chodící s doprovodem	•částečně omezená	•občasná inkontinence
2 •částečná	•do 60 let	•vlhká	•sklerosis multiplex •obezita •anemie	•špatný	•zmatený	•sedící na lůžku, v křesle	•velmi omezená	•inkontinence převážně moče
1 •žádná	•60 let +	•alergie, porušená	•onemocnění cév •kachexie •karcinom	•velmi špatný	•bezvědomí	•ležící	•žádná	•inkontinence moče a stolice
Riziko vzniku dekubitu		nízké (24 - 25 bodů)		střední (23 - 19 bodů)		vysoké (18 - 14 bodů)		velmi vysoké (13 - 9 bodů)
CELKEM		žádné (25 a více bodů)						

Příloha D



Ošetřené a sterilně překryté místo vyústění katétru.

Zdroj: SULKOVÁ Sylvie, Ludmila Nermutová. Peritoneální dialýza pro sestry. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví: Brno, 1998. ISBN 80-7013-261-2

Příloha E

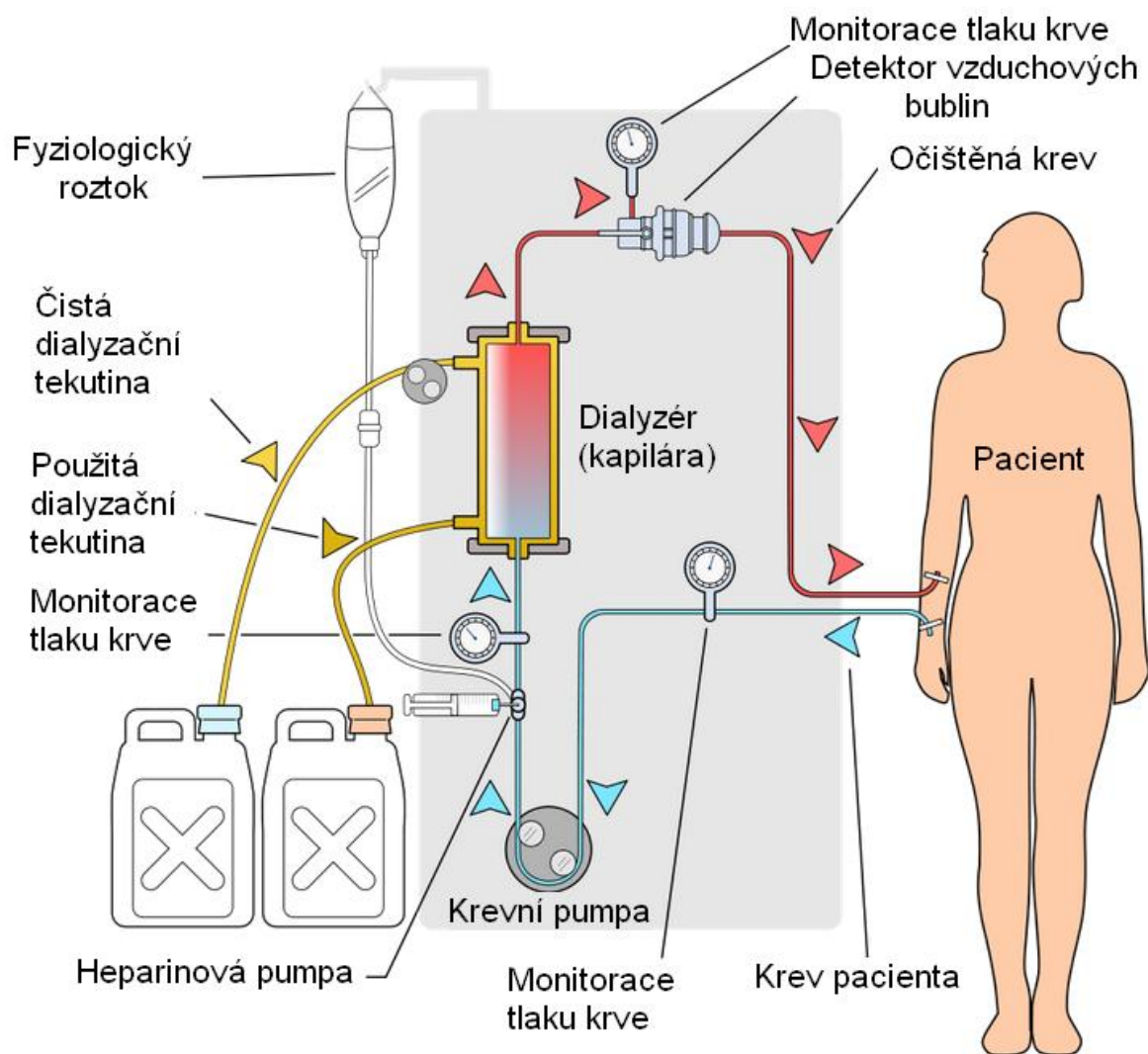


Schéma hemodialýzy

Zdroj:

MARBET, Yassine. *Simplified hemodialysis circuit*. [online] [cit. 2015-20-04]. Dostupné z: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/5c/Hemodialysis-cs.PNG>

Příloha F

Tabulka č. 1 - Léková anamnéza leden 2012

Tabulka č. 2 – Farmakologická léčba ze dne 4. 5.2014, zdroj: LD

Tabulka č. 3 - Krevní obraz, zdroj: LD

Tabulka č. 4 – Dialyzát buňky, zdroj: LD

Tabulka č. 5 – Shromažďování údajů v oblasti uspokojování potřeb ošetrovatelským modelem funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordon

Tabulka č. 6 - Laboratorní vyšetření ze dne 9. 7. 2014, zdroj:LD

Tabulka č. 7 - Farmakoterapie ze dne: 13. 8. 2014

Příloha G

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]